

Liefde in vloeibare vorm, niet gedragen wel gevoed

**HOE VROEDVROUWEN KUNNEN ONDERSTEUNEN
BIJ LACTATIE-INDUCTIE**

WUYTS LORE

Bachelor in Vroedkunde

Academiejaar 2024-2025

Campus Lier - Antwerpsestraat 99 – 2500 Lier

VOORWOORD

Voor u ligt mijn bachelorproef 'Liefde in vloeibare vorm, niet gedragen wel gevoed', geschreven in het kader van mijn opleiding vroedkunde aan de Thomas More hogeschool in Lier. Ik heb ervoor gekozen om mij te verdiepen in lactatie-inductie, een onderwerp dat mij enorm boeit omdat borstvoeding veel meer omvat dan vaak wordt gedacht. Het is een breed, complex en tegelijk prachtig thema, dat volgens mij nog te weinig gekend en erkend wordt.

Met deze bachelorproef wilde ik bewust de aandacht vestigen op een onderwerp waar nog weinig kennis over bestaat, en dat tegelijkertijd staat voor inclusiviteit. Lactatie-inductie is iets waar vroedkundigen en andere zorgprofessionals het bestaan niet of onvoldoende van kennen, en het raakt thema's die vandaag de dag belangrijker zijn dan ooit, zoals genderdiversiteit en gelijkwaardige zorg. Het gaf me voldoening om te werken rond een thema dat niet alleen medisch interessant is, maar ook sociaal relevant. Wat me het meest heeft geraakt, was hoe dit thema niet enkel over vrouwen of mama's gaat, maar ook ruimte biedt voor lgbtq+ personen. Het is zorg waarin iedereen betrokken kan worden, en dat maakte dit traject voor mij extra waardevol.

Tijdens het schrijfproces werd ik me meer dan ooit bewust van het feit dat er binnen de vroedkunde nog te weinig aandacht is voor lgbtq+ personen, en dat onze zorg nog onvoldoende afgestemd is op hun noden. Er is een duidelijke nood aan meer kennis, meer sensibilisering en vooral: meer inclusieve zorg. Deze ervaring heeft mijn blik verruimd en mijn motivatie als toekomstig vroedvrouw versterkt.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die me tijdens dit proces hebben ondersteund. In de eerste plaats mijn bachelorproef begeleider, voor haar vele waardevolle inzichten, praktische tips en warme begeleiding. Ook wil ik mijn docent bedanken voor haar bereikbaarheid en de heldere lessen die me op weg hielpen bij het schrijven. Een bijzonder dankwoord gaat ook naar mijn mama, voor haar optimisme, het nalezen van mijn werk en de fijne gesprekken die tot nieuwe inzichten leidden.

SAMENVATTING

In onze samenleving worden gezinsvormen steeds diverser en is ouderschap niet langer beperkt tot de biologische moeder. Hierdoor groeit de interesse in lactatie-inductie: het proces waarbij melkproductie wordt opgewekt bij mensen die niet zwanger zijn (geweest). Deze praktijk biedt niet alleen voeding aan het kind, maar versterkt ook de hechting tussen ouder en kind. Toch blijft het onderwerp onderbelicht in de Belgische zorgpraktijk en zijn veel zorgverleners er onvoldoende mee vertrouwd. Met deze bachelorproef wordt onderzocht hoe vroedvrouwen – als sleutelfiguren in de perinatale zorg – ouders kunnen ondersteunen bij lactatie-inductie, zowel praktisch als psychosociaal.

Om deze vraag te beantwoorden werd een literatuuronderzoek gevoerd aan de hand van wetenschappelijke artikels, protocollen, casussen en richtlijnen. De zoekstrategie focuste op recente internationale studies over de methoden, uitdagingen en rol van de vroedvrouw binnen lactatie-inductie. Zowel farmacologische als niet-farmacologische benaderingen kwamen aan bod. Er werd bijzondere aandacht besteed aan de noden van diverse gezinsvormen, waaronder adoptieouders, co-lacterende koppels en transgender personen.

De resultaten tonen aan dat vroedvrouwen een essentiële rol spelen in het informeren, begeleiden en motiveren van (wens)ouders. Hun ondersteuning is cruciaal in elke fase van het proces: van hormonale voorbereiding en borststimulatie tot psychosociale begeleiding na de geboorte. Belangrijke factoren voor succes zijn onder meer tijdige voorbereiding, goede opvolging, empathische communicatie en multidisciplinaire samenwerking. Tegelijk tonen de bevindingen aan dat er nog veel onduidelijkheid heerst over richtlijnen en dat zorgverleners vaak onvoldoende voorbereid zijn op vragen rond lactatie-inductie. Dit leidt bij ouders tot onzekerheid, stress of het stopzetten van het traject.

Er kan geconcludeerd worden dat lactatie-inductie meer is dan een medische handeling: het is een vorm van zorg die vraagt om kennis, tijd, openheid en respect voor diversiteit. Vroedvrouwen kunnen hier een verschil maken door toegankelijke en inclusieve ondersteuning te bieden, afgestemd op de noden van elk gezin. Tegelijk blijft verdere sensibilisering en vorming binnen het werkveld noodzakelijk om deze praktijk op een veilige en respectvolle manier te integreren in de perinatale zorg.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
INHOUDSOPGAVE	5
LIJST MET FIGUREN	7
VERKLARENDE BEGRIPPENLIJST	8
INLEIDING	9
1 PROBLEEMSTELLING	10
1.1 BEGRIPPEN EN DEFINITIES	10
1.1.1 BEGRIP LACTATIE	10
1.1.2 BEGRIP BORSTVOEDING	11
1.1.3 BEGRIP LACTATIE-INDUCTIE	12
1.1.4 BEGRIP RELACTATIE	12
1.1.5 BEGRIP CO-LACTATIE	12
1.2 LACTATIE-INDUCTIE	12
1.2.1 PREVALENTIE LACTATIE-INDUCTIE	13
1.2.2 INDICATIE LACTATIE-INDUCTIE	13
1.2.3 NEVENWERKINGEN EN RISICO'S VAN LACTATIE-INDUCTIE	15
1.2.4 VOORDELEN LACTATIE-INDUCTIE	16
1.2.5 UITDAGINGEN BIJ LACTATIE-INDUCTIE	16
1.3 LACTATIE-INDUCTIE IN DE PRAKTIJK	19
1.3.1 METHODEN LACTATIE-INDUCTIE	19
1.3.2 PROTOCOLLEN LACTATIE-INDUCTIE	26
1.3.3 START EN DUUR MELKPRODUCTIE	28
1.3.4 SAMENSTELLING EN HOEVEELHEID GEÏNDUCEERDE MELK	29
1.3.5 BORSTVOEDING IN DE ANAMNESE	30
1.4 KANTTEKENINGEN BIJ LACTATIE-INDUCTIE	30
1.4.1 FACTOREN DIE SUCCES BEÏNVLOEDEN	31

2	<u>VRAAGSTELLING</u>	33
2.1	VRAAGSTELLING	33
2.2	CONCEPTUEEL MODEL	33
3	<u>ZOEKSTRATEGIE</u>	34
3.1	ZOEKMETHODEN	34
3.2	ZOEKBOOM	35
4	<u>RESULTATEN</u>	36
4.1	TAAK VAN DE VROEDVROUW	36
4.1.1	VOOR DE GEBOORTE OF ADOPTIE, DE VOORBEREIDING	36
4.1.2	NA DE GEBOORTE OF HET ONTVANGEN VAN HET KIND	37
4.1.3	FYSIEKE ONDERSTEUNING EN VOORBEREIDING	38
4.1.4	PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING EN INCLUSIEVE ZORG	38
4.1.5	BELANG VAN CONTINUÏTEIT EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG	39
4.1.6	DE IMPACT VAN LACTATIE-INDUCTIE OP DE OUDER-KINDRELATIE	40
4.2	AANZET TOT CONCEPT: 'VOEDEN ZONDER GRENZEN'	40
4.2.1	'OPSTARTKIT VOEDEN'	41
4.2.2	'VOEDENDE OUDERS': ONLINE FORUM VOOR ERVARINGEN	41
4.2.3	'ZORGWIJZER LACTATIE': EDUCATIEF PLATFORM VOOR ZORGVERLENERS	41
4.2.4	INTEGRATIE VAN DE DRIE PIJLERS OP HET PLATFORM 'VOEDEN ZONDER GRENZEN'	42
4.2.5	HAALBAARHEID EN UITVOERBAARHEID	43
	<u>DISCUSSIE</u>	44
	<u>CONCLUSIE</u>	47
	<u>REFERENTIELIJST</u>	48

LIJST MET FIGUREN

Figuur 1: Lact-Aid Nursing Trainer System (Lawrence & Lawrence, 2022)	31
Figuur 2: Conceptueel model.....	33
Figuur 3: Zoekboom (gebaseerd op Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009).....	35

VERKLARENDE BEGRIPPENLIJST

Acathisie	Bewegingsstoornis gekenmerkt door innerlijke rusteloosheid, vaak in de benen, soms met zichtbare (been)bewegingen (Goktas, 2022). Treedt op bij het starten, stoppen of aanpassen van bepaalde medicatie (Van Os, 2024). Symptomen hiervan zijn vaak onzichtbaar voor de omgeving (Goktas, 2022; Van Os, 2024).
Adoptieve borstvoeding	Het verwijst naar het proces waarbij een persoon in staat is om borstvoeding te geven aan een (adoptie)kind, zonder dat deze daarvoor zwanger is geweest (Kenniscentrum Borstvoeding, 2022).
Alveoli	Kleine, trosvormige structuren in de borst die melk aanmaken en opslaan (Cleveland Clinic, 2021).
Borstkolf van ziekenhuiskwaliteit	Een krachtige kolf, vaak gebruikt in ziekenhuizen en ook te huur voor thuis. Door de sterke zuigkracht stimuleert het de melkafgifte beter, wat vooral helpt bij het op gang brengen van de melkproductie in de eerste weken (TLN, 2024).
Bradykinesie	Een vermindering van vrijwillige motorische controle, wat zich uit in trage bewegingen of bevrozing van beweging (Wells, 2021).
Galactogoog	Een stof, voedingsmiddel, kruid of medicijn dat de melkproductie in de borstklieren stimuleert (Lawrence & Lawrence, 2022; Pearson-Glaze, 2025).
Genderfluïde	Genderfluïde verwijst naar een genderidentiteit die in de tijd kan variëren. Dit betekent dat iemand zich op verschillende momenten kan identificeren met verschillende genders, of een combinatie van genders (Heman, 2024).
Gestationele ouder	De persoon die de foetus draagt tijdens de zwangerschap (New York State Department of Health, 2021).
Lethargie	Een toestand waarbij je je extreem vermoeid voelt en weinig energie hebt (Willemstijn, 2025).
Myo-epitheelcellen	Speciale cellen die eigenschappen van zowel spier- als epitheelcellen combineren. Ze komen voor in weefsels en organen, vooral in klieren en andere secretoire structuren (MijnPathologyReport, 2023).
Niet-gestationele ouder	Een ouder die geen fysieke zwangerschap doorgemaakt heeft om het kind op de wereld te brengen (Poppy Seed Health, 2021).
Transmasculien	Mensen die bij de geboorte als vrouwelijk toegewezen zijn, maar zich identificeren met mannelijkheid (Ferguson, 2021).
Verlengd QT-interval	Wijst op een vertraagde hartspierrepolarisatie, wat kan leiden tot ritmestoornissen, en mogelijk ventrikelfibrilleren en hartstilstand (van der Veen, 2023). Het QT-interval is de tijd tussen het begin van het QRS-complex en het einde van de T-top op een ECG. Verlenging hiervan kan veroorzaakt worden door geneesmiddelen (Mekkes, 2023).

INLEIDING

Lactatie-inductie is het proces waarbij melkproductie gestimuleerd wordt bij personen die recent niet zwanger zijn geweest of een kind gevoed hebben. Deze techniek wint aan bekendheid in een maatschappij waarin gezinsvormen steeds diverser worden en ouderschap niet langer beperkt is tot de biologische moeder (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Schnell, 2022). Personen die een kind adopteren, via draagmoederschap ouder worden of de niet-zwangere partner zijn binnen een lesbisch of transoudergezin, kunnen dankzij lactatie-inductie toch een voedende band opbouwen met hun kind (Lawrence & Lawrence, 2022; Weimer, 2023).

Hoewel borstvoeding wereldwijd erkend wordt als de meest optimale voeding voor zuigelingen, is het fenomeen van geïnduceerde lactatie nog relatief onbekend in het klinische werkveld. Vroedvrouwen, als spilfiguren binnen de perinatale zorg, worden steeds vaker geconfronteerd met vragen over deze praktijk, terwijl duidelijke richtlijnen of protocollen in België vaak ontbreken. Daardoor is de ondersteuning sterk afhankelijk van persoonlijke kennis en attitude van de zorgverlener (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

Lactatie-inductie biedt niet alleen voeding, maar ook voordelen op vlak van hechting, ouderlijk zelfvertrouwen en inclusieve zorg. Tegelijkertijd gaan er ook fysieke, psychologische en sociale uitdagingen mee gepaard. De nood aan toegankelijke, geïnformeerde en niet-oordelende begeleiding is dan ook groot. Vroedvrouwen spelen hierin een cruciale rol, zowel in de praktische ondersteuning van melkproductie als in het psychosociaal begeleiden van (wens)ouders tijdens dit vaak emotioneel beladen proces (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Lawrence & Lawrence, 2022).

In deze bachelorproef wordt onderzocht hoe vroedvrouwen kunnen bijdragen aan het succes van lactatie-inductie bij niet-zwangere (wens)ouders, met specifieke aandacht voor zowel lichamelijke als psychosociale aspecten. De focus ligt op de praktijkgerichte rol van de vroedvrouw binnen een inclusief zorgmodel. Farmacologische details worden enkel aangeraakt in functie van vroedkundige ondersteuning, zonder diepgaande analyse.

1 PROBLEEMSTELLING

Wat is lactatie, hoe werkt het proces en wat is het voordeel ervan? Welke methoden kunnen toegepast worden om lactatie-inductie te bevorderen? Welke factoren hebben invloed op het slagen van lactatie-inductie? Bij wie is lactatie-inductie van toepassing? Deze probleemstelling biedt een antwoord op bovengenoemde vragen om zo een basis te leggen voor verder onderzoek naar de mogelijkheden en uitdagingen van lactatie-inductie en de bijhorende begeleiding.

1.1 Begrippen en definities

Om een duidelijk kader te schetsen rond het onderwerp lactatie-inductie, wordt eerst stilgestaan bij enkele essentiële begrippen en definities. Hierbij wordt er ook aandacht besteed aan de betekenis van lactatie-inductie en aan de prevalentie in de verloskundige praktijk.

1.1.1 Begrip lactatie

Het begrip 'lactatie' verwijst letterlijk naar het proces vanaf de aanmaak van melk in de melkklieren tot aan de voeding van de baby (ReminCare, z.d.). In bredere zin is lactatie het proces waarbij een vrouw of een vrouwelijk dier melk produceert (Cambridge University Press, z.d.-b). Het gaat om het maken en afscheiden van melk vanuit de melkklieren in de borsten. Meestal begint dit proces al tijdens de zwangerschap, wanneer hormonale veranderingen de melkklieren stimuleren om melk aan te maken. Na de geboorte komt de melk vrij via de tepels, bijvoorbeeld wanneer een baby aan de borst drinkt of bij het gebruik van een borstkolf. Lactatie blijft doorgaans verdergaan zolang er melk wordt onttrokken uit de borsten (National Cancer Institute, z.d.-b).

Het begrip kan ook verwijzen naar de periode na de geboorte waarin melk afgescheiden wordt (Vertalen.nu, z.d.-a), en naar de hoeveelheid melk die tijdens deze periode geproduceerd wordt (Larousse, z.d.). Factoren zoals hormoonspiegels, medische aandoeningen, eerdere borstoperaties of letsels, medicatiegebruik, en het gebruik van alcohol of drugs kunnen allemaal invloed hebben op het lactatieproces (National Cancer Institute, z.d.-b).

1.1.1.1 Proces lactatie

Het proces van melkproductie en borstvoeding is een complex hormonaal proces dat begint tijdens de zwangerschap en zich verder zet na de bevalling. Tijdens de zwangerschap worden de borsten namelijk al voorbereid op de lactatie via hormonen zoals oestrogeen, progesteron en humaan placentair lactogeen (HPL) (Lawrence & Lawrence, 2022). Door deze hormonen wordt de groei en vermeerdering van cellen in het kanaaltjes- (ductale) en klierweefselsysteem (alveolaire systeem) van de borsten gestimuleerd. Oestrogeen en progesteron bevorderen samen de groei van de melkgangen en alveoli en daarnaast zorgt progesteron er voor dat de melkproductie nog even onderdrukt blijft waardoor er nog geen lactatie plaatsvindt tijdens de zwangerschap (Glover et al., 2023; Lawrence & Lawrence, 2022).

Na de partus, wanneer dus ook de placenta verwijderd is, dalen de niveaus van oestrogeen, progesteron en HPL snel, wat ruimte maakt voor de productie van prolactine.

Prolactine is het belangrijkste hormoon binnen de melkproductie waardoor de melkklieren melk gaan afscheiden (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022). Door de zuigbewegingen van de pasgeborene aan de tepel wordt deze lactatie onderhouden, want deze bevorderen op zich weer de afgifte van prolactine en oxytocine. Oxytocine is het hormoon dat zorgt voor de samentrekking van de spiercellen in de melkklieren, wat resulteert in de ejectie van melk (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Glover et al., 2023; Lawrence & Lawrence, 2022). Niet enkel door de zuigbewegingen aan de tepel, maar ook door het zien of horen van een baby komt er oxytocine vrij (Glover et al., 2023). De combinatie van oxytocineafgifte en het legen van de borst zorgt ervoor dat de borsten steeds gestimuleerd worden tot een hogere melkproductie (Kenniscentrum Borstvoeding, 2022). Lactatie werkt dus volgens een vraag- en aanbodprincipe en er is dus voldoende stimulatie nodig om de melkproductie goed op gang te brengen en te behouden (La Leche League Vlaanderen, 2019).

1.1.2 Begrip borstvoeding

Borstvoeding verwijst naar het voeden van een baby met melk afkomstig van de moederborst (Van Dale Uitgevers, z.d.). In zijn meest eenvoudige vorm betekent dit het voeden aan de borst (Vertalen.nu, z.d.-b). In het artikel van Schnell (2022) wordt borstvoeding gedefinieerd als het rechtstreeks drinken van de borst bij een ouder, ongeacht zijn/haar genderidentiteit. Dit kan echter ook via afgekolfde melk die met een flesje wordt gegeven (National Cancer Institute, z.d.-a). Ook melk afkomstig van een andere persoon, zoals een voedster, valt onder deze noemer (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). In tegenstelling tot kunstvoeding of koemelk uit een fles, wordt bij borstvoeding gebruikgemaakt van melk die rechtstreeks van de moeder komt (Cambridge University Press, z.d.-a; Van Dale Uitgevers, z.d.).

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is borstvoeding een van de meest effectieve manieren om de gezondheid en overleving van kinderen te waarborgen. Moedermelk is het ideale voedsel voor zuigelingen: het is veilig, schoon en bevat antistoffen die helpen beschermen tegen veelvoorkomende kinderziekten. Moedermelk voorziet in alle energie en voedingsstoffen die een baby nodig heeft in de eerste maanden van het leven, en blijft tot de helft of meer van de voedingsbehoeften van een kind vervullen tijdens het tweede deel van het eerste jaar, en tot een derde tijdens het tweede levensjaar. Gezien de voordelen op lange termijn presteren borstvoedingskinderen beter op intelligentietests, hebben ze een lagere kans op overgewicht of obesitas, en zijn ze minder vatbaar voor diabetes op latere leeftijd. Ook vrouwen die borstvoeding geven, lopen minder risico op borst- en eierstokkanker (World Health Organization, z.d.).

Moedermelk bevat naast calorieën en essentiële voedingsstoffen ook antistoffen die het immuunsysteem van de baby ondersteunen. Bovendien draagt borstvoeding bij aan de gezondheid van zowel ouder als kind. In essentie is borstvoeding dan ook een natuurlijke en beschermende manier om een baby te ondersteunen in zijn groei en ontwikkeling (National Cancer Institute, z.d.-a).

Lactatie verwijst naar het fysiologische proces van melkproductie en -afscheiding in de borsten, dat begint tijdens de zwangerschap en wordt gereguleerd door hormonale veranderingen (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Glover et al., 2023; Lawrence & Lawrence, 2022).

Het omvat alles van de aanmaak tot het beschikbaar stellen van melk, ongeacht of de melk effectief wordt gedronken (Cambridge University Press, z.d.-b; Larousse, z.d.; National Cancer Institute, z.d.-b; ReminCare, z.d.; Vertalen.nu, z.d.-a).

Borstvoeding daarentegen is het daadwerkelijke voeden van een baby met moedermelk, hetzij rechtstreeks aan de borst, hetzij via afgekolfde melk (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; National Cancer Institute, z.d.-a; Van Dale Uitgevers, z.d.; Vertalen.nu, z.d.-b). Het is dus een handeling die afhankelijk is van de beschikbaarheid van melk (product van lactatie) en gericht is op voeding en bescherming van de baby (National Cancer Institute, z.d.-a). Kortom, lactatie is het proces van melkproductie, terwijl borstvoeding de toepassing is van die melk om een baby te voeden.

1.1.3 Begrip lactatie-inductie

Lactatie-inductie is het proces waarbij de melkproductie bij een persoon wordt opgebouwd en gestimuleerd zonder dat deze recent zwanger geweest is of al jaren geen ander kind gevoed heeft (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Che Abdul Rahim et al., 2024; Schnell, 2022). Indien de persoon wel al eerder borstvoeding heeft gegeven, wordt het 'relactatie' genoemd (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Sommige auteurs, zoals Schnell (2022), maken dit onderscheid echter niet en spreken sowieso van 'lactatie-inductie', ook in dit geval.

Bij lactatie-inductie wordt er gestreefd het hormonale milieu van de zwangerschap en de postpartumperiode na te bootsen om zo een melkproductie te bekomen en deze te onderhouden (Weimer, 2023).

1.1.4 Begrip relactatie

In het artikel van Lawrence en Lawrence (2022) wordt relactatie gedefinieerd als het proces waarbij een persoon die eerder al eens bevallen is, maar niet meteen borstvoeding heeft gegeven, lactatie stimuleert. Hieronder vallen ook personen die oorspronkelijk borstvoeding gaven aan hun kind, hiermee gestopt zijn en toch terug lactatie willen starten. Dit kunnen dan ook personen zijn die al eerder borstvoeding gegeven hebben aan hun biologisch kind, ongeacht hoelang geleden, en nu bijvoorbeeld een kind adopteren (Lawrence & Lawrence, 2022). Ook Cazorla-Ortiz et al. (2020) spreken over relactatie als er al eens eerder borstvoeding gegeven is.

1.1.5 Begrip co-lactatie

Bij co-lactatie, ook wel co-voeden genoemd, wordt een baby gevoed aan de borst door meer dan één persoon. Dit kan binnen allerlei gezinsvormen, bijvoorbeeld na een zwangerschap, draagmoederschap of adoptie. Het kan dat slechts één van de voedende personen een zwangerschap doorgemaakt heeft, terwijl de ander(en) lactatie geïnduceerd heeft (hebben). Het delen van deze voedende rol kan niet enkel een praktische ondersteuning zijn, maar biedt de baby ook immunologische voordelen doordat hij of zij antistoffen van meerdere personen binnenkrijgt (Trans Care BC, 2024). Een succesvolle co-lactatie wordt door Schnell (2022) benoemd als een gedeelde borstvoeding tussen de ouders waarbij er aan de doelen van beide ouders en de behoeften van de baby voldaan wordt.

1.2 Lactatie-inductie

In dit onderdeel wordt dieper ingegaan op het concept lactatie-inductie. Er wordt eerst stilgestaan bij de prevalentie van deze praktijk en de verschillende situaties waarin ouders kunnen kiezen om lactatie op te wekken. Vervolgens worden de indicaties, mogelijke contra-indicaties en risico's besproken.

Daarnaast is er aandacht voor de voordelen die deze methode kan bieden, maar ook voor de uitdagingen die ermee gepaard kunnen gaan.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de termen 'lactatie-inductie' en 'relactatie' niet consequent gebruikt worden in de wetenschappelijke bronnen. Aangezien de focus van deze bachelorproef ligt op het opwekken van borstvoeding bij een persoon die niet zwanger is geweest, is ervoor geopteerd om doorheen de hele bachelorproef te spreken van de term 'lactatie-inductie', ongeacht of het gaat over personen die al eerder borstvoeding hebben gegeven, of niet.

1.2.1 Prevalentie lactatie-inductie

Volgens Cazorla-Ortiz et al. (2020) is er momenteel geen beschikbaarheid van gegevens over de prevalentie van geïnduceerde lactatie of relactatie in Spanje.

Wel heeft de opkomst van geassisteerde reproductietechnieken nieuwe mogelijkheden voor moederschap gecreëerd, zoals draagmoederschap en zwangerschap bij lesbische koppels. Deze nieuwe gezinsstructuren zijn in de afgelopen jaren toegenomen, wat heeft bijgedragen aan een stijging van het aantal ouders die geïnduceerde lactatie toepassen. Ouders die een kind adopteren, een kind via draagmoederschap krijgen, of de niet-zwangere partner zijn in een lesbisch paar, kunnen in veel gevallen in staat zijn om borstvoeding te geven (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Adoptieve borstvoeding lijkt eerder een ongewoon verschijnsel en ondanks dat de belangstelling voor dit fenomeen groeit, onder andere door het toenemen van het publieke bewustzijn over de voordelen van natuurlijke voeding, zijn er geen significante gegevens beschikbaar over de frequentie ervan (Anuszkiewicz et al., 2022).

Hoewel er wereldwijd enige literatuur beschikbaar is over geïnduceerde lactatie, blijft er op nationaal niveau vaak sprake van beperkte informatie. Dit geldt ook voor Maleisië, waar het onderwerp nog relatief weinig is onderzocht. Er ontbreken tot op heden nationale gegevens over geïnduceerde lactatie, wat het lastig maakt om een volledig beeld te krijgen van de praktijk in dit land. Toch bieden veel ziekenhuizen en gezondheidsklinieken in Maleisië dergelijke diensten aan, afhankelijk van de specifieke situatie van de ouder. Het blijft moeilijk om het exacte aantal personen vast te stellen dat een lactatie-inductieprocedure heeft ondergaan. Desondanks groeit het bewustzijn over en de belangstelling voor adoptieve borstvoeding, waardoor artsen in Maleisië steeds beter inspelen op de behoeften van personen die adoptieve ouders willen (Che Abdul Rahim et al., 2024).

1.2.2 Indicatie lactatie-inductie

Lactatie-inductie kan om uiteenlopende redenen overwogen worden, afhankelijk van de persoonlijke situatie van ouders en de gezinsstructuur waarin zij zich bevinden. In de volgende paragrafen worden de meest voorkomende motieven besproken, evenals de invloed van veranderende gezinsvormen op de groeiende interesse in lactatie-inductie.

1.2.2.1 Redenen om lactatie op te wekken

Er zijn verschillende redenen waarom ouders voor lactatie-inductie kiezen en die zijn steeds afhankelijk van hun specifieke situatie en behoeften. De belangrijkste redenen zijn meestal het bevorderen van de band tussen de ouder en het kind en/of het vervullen van de voedingsbehoeften van het kind (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Naast het bevorderen van de band tussen ouder en kind en het vervullen van de voedingsbehoeften van het kind wordt er ook gekozen voor lactatie-inductie omwille van de gezondheidsvoordelen voor zowel de inducerende ouder die het kind voed als het kind zelf (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021). In welvarende landen ligt de nadruk bij het induceren van lactatie vaak op het versterken van de ouder-kindrelatie, terwijl dit in ontwikkelingslanden eerder gedaan wordt om de overleving van het kind te verzekeren door eerst melk van menselijke oorsprong te geven voordat er andere voeding geïnduceerd wordt (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Historisch gezien werd lactatie-inductie al toegepast, bijvoorbeeld wanneer de moeder overleden was of zelf niet in staat was om borstvoeding te geven. In deze gevallen werd de verantwoordelijkheid van het voeden van het kind vaak overgenomen door een familielid of vriendin (Lawrence & Lawrence, 2022).

Het opstarten van lactatie-inductie omdat het voor de gestationele ouder niet mogelijk is om (voldoende) melk voor het kind te produceren, is nog steeds een reden die van toepassing is. Dit kunnen zowel medische redenen zijn, zoals diabetes, PCOS of obesitas, als niet-medische (psycho-sociale) redenen. In het laatste geval gaat het bijvoorbeeld om risicofactoren voor onvoldoende melkproductie of om persoonlijke keuzes, zoals bij genderfluïde of transmasculiene ouders die ervoor kiezen geen borstvoeding te geven omdat dit niet aansluit bij hun genderidentiteit (Pearson-Glaze, 2021; Schnell, 2022). In zulke gevallen kan lactatie-inductie bij de niet-gestationele ouder belangrijke voordelen bieden voor het kind, zowel op voedings- als immunologisch gebied (Schnell, 2022).

Ook zijn er ouders die het geven van borstvoeding graag willen delen waardoor de niet-gestationele partner kiest voor lactatie-inductie. Dit kan zijn omdat de ouders graag beide even betrokken willen zijn in het voeden of troosten van hun kind (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020). Een andere mogelijke reden om dit samen te willen doen kan zijn om elkaar te kunnen afwisselen en zo de partner te ondersteunen in het vroege postpartum. Zo kan de ene ouder activiteiten doen terwijl de andere ouder het kind voedt en omgekeerd (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Weimer, 2023; Wells, 2023).

Niet enkel de partner van de gestationele ouder kiest voor lactatie-inductie, ook ouders die adopteren of een kindje krijgen via draagmoederschap kiezen vaak voor lactatie-inductie, ondanks dat geen van beide partners het kind gedragen heeft. Dit doen ze vaak om zo een hechtere band op te bouwen met het kind en zo ook de voedingsbehoeften van het kind te vervullen (Lawrence & Lawrence, 2022).

1.2.2.2 Gezinsstructuren

De toenemende diversiteit in gezinsstructuren heeft gezorgd voor een toename in het aantal ouders dat lactatie-inductie overweegt. Vroeger was adoptie de weg naar ouderschap als een zwangerschap niet mogelijk was.

Echter door de ontwikkelingen van de geassisteerde voortplantingstechnieken zijn er nieuwe vormen van ouderschap mogelijk geworden, zoals draagmoederschap en ouderschap binnen een koppel met twee vrouwen (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Juntereal & Spatz, 2020). Naast deze nieuwe vormen van ouderschap door geassisteerde voortplantingstechnieken nemen ook, door een globale stijging van infertiliteit, het aantal adopties toe (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Niet-gestationele ouders, zoals adoptie- of pleegouders en ouders via draagmoederschap, of partners in een LGBTQIA+-relatie, waarbij bijvoorbeeld beide ouders borstvoeding willen geven nadat één van hen zwanger geweest is, kunnen kiezen om het proces van lactatie-inductie aan te gaan (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Glover et al., 2023; Juntereal & Spatz, 2020; Schnell, 2022).

Deze ontwikkelingen in dergelijke gezinsstructuren benadrukken dus het belang van een inclusieve ondersteuning met flexibele protocollen, zodat alle ouders ondersteuning op maat kunnen krijgen binnen dit proces (Schnell, 2022).

1.2.3 Nevenwerkingen en risico's van lactatie-inductie

In de farmacologische methode voor lactatie-inductie maken inducerende ouders gebruik van galactagogen of hormonale behandelingen, zoals oestrogeen en progesteron. Deze hormonale behandelingen creëren een hormonale toestand die vergelijkbaar is met de situatie tijdens de zwangerschap. Hoewel deze behandelingen effectief kunnen zijn voor het bevorderen van de melkproductie, zijn er potentiële bijwerkingen. Enkele van deze bijwerkingen zijn gewichtstoename, hoofdpijn, maagproblemen, depressie en onregelmatige menstruaties (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

Een kwalitatief onderzoek van Cazorla-Ortiz et al. (2020) naar de ervaringen van ouders die gebruik maakten van hormonale behandelingen en galactagogen, toont aan dat de bijwerkingen, zoals gewichtstoename en hoofdpijn, niet altijd als negatief werden ervaren. Bijvoorbeeld, een deelneemster merkte op: "Ik heb een paar maten erbij gekregen door de medicatie, maar eerlijk gezegd maakte het me niet uit". Een andere deelneemster zei: "De medicatie gaf me hoofdpijn en een zeer laag seksueel verlangen. Maar ik wist waarom, dus ik kon ermee omgaan".

Bij het gebruik van domperidon, een gangbare galactagoog, en bij ons gekend onder de merknaam Motilium®, zijn er zorgen over mogelijke andere negatieve effecten, zoals een verhoogd risico op cardiale mortaliteit, een verlengd QT-interval en abnormaliteiten in de elektrische geleiding van het hart, wat het risico op hartaritmieën en plotselinge sterfte vergroot. Vanwege het risico op een verlengd QT-interval is domperidon niet toegestaan door de Food and Drug Administration (FDA) in de Verenigde Staten (Weimer, 2023). Hoewel domperidon effectief kan zijn bij lactatie-inductie, moeten inducerende ouders zich bewust zijn van deze ernstige risico's. Daarnaast is er geen bewijs dat domperidon via de moedermelk schadelijke effecten op het kind zou hebben (Lawrence & Lawrence, 2022).

Metoclopramide, een ander veelgebruikt geneesmiddel voor lactatie-inductie, brengt ook risico's met zich mee. Dit middel kan leiden tot het ontstaan van acathisie, rusteloosheid en/of slaperigheid, wat de kwaliteit van leven negatief kan beïnvloeden (Weimer, 2023).

In sommige gevallen kan het gebruik van orale anticonceptiva leiden tot borstvergroting. Dit komt doordat oestrogeen en progesteron de proliferatie van borstklierweefsel kunnen stimuleren. Tegelijkertijd kunnen deze hormonen echter ook een remmend effect hebben op de melkproductie. Om deze reden moeten deze hormonen worden gestopt voordat de lactatie begint (Lawrence & Lawrence, 2022). Er is ook bewijs dat langdurig gebruik van oxytocine kan leiden tot een afgenomen effect of zelfs suppressie van de lactatie (Lawrence & Lawrence, 2022).

Behalve de farmaceutische galactagogen, zoals metoclopramide en domperidon, worden ook kruiden vaak gebruikt om de melkproductie te verhogen.

Deze middelen worden even goed geassocieerd met verschillende bijwerkingen, waaronder maagproblemen, bradykinesie, slaperigheid, beven, lethargie, hypoglykemie, dyspneu, sterk ruikende urine, zweten en zelfs depressie. Er zijn echter meer studies nodig om de omvang en aard van deze bijwerkingen beter te begrijpen. In een review, waarin 18 studies werden opgenomen, werd domperidon genoemd als een galactagoog waarbij deelnemers voornamelijk last hadden van een droge mond als bijwerking (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

1.2.4 Voordelen lactatie-inductie

Hoewel lactatie-inductie door de niet-zwangere ouder vaak als medisch overbodig wordt beschouwd wanneer de geboortemoeder voldoende melk kan produceren, wijzen recente inzichten toch op meerdere gezondheidsvoordelen. Schnell (2022) benoemt bijvoorbeeld dat als twee ouders borstvoeding geven, de baby via beide ouders verschillende sets aan antistoffen binnen krijgt, wat de bescherming tegen ziektes vergroot.

Daarnaast draagt borstvoeding bij aan het verminderen van het risico op bepaalde vormen van kanker, zoals borst-, eierstok- en baarmoederkanker bij personen met een vrouwelijk geboortegeslacht die zelf geen zwangerschappen hebben doorgemaakt. Lactatie is dus niet enkel gunstig voor de baby, maar ook voor de fysieke gezondheid van de voedende ouder (Schnell, 2022).

Op emotioneel vlak speelt borstvoeding een belangrijke rol in de hechting tussen ouder en kind. Voor de niet-zwangere ouder kan het geven van borstvoeding bijdragen aan een gevoel van verbondenheid, vertrouwen en zelfvertrouwen in de verzorgende rol (Schnell, 2022; Weimer, 2023). Deze ervaring wordt vaak als vervullend en versterkend ervaren, met name in gezinnen met adoptie of co-ouderschap, waar ouders aangeven dat borstvoeding hen hielp een diepere band met hun kind op te bouwen (Che Abdul Rahim et al., 2022; Juntereal & Spatz, 2020).

Menselijke melk bevat unieke immuunstoffen die essentieel zijn voor de ontwikkeling van het kind en bescherming bieden tegen chronische aandoeningen (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Ikebukuro et al., 2024). Ook wordt borstvoeding erkend als een belangrijke uitdrukking van materniteit en speelt het een rol in culturele en religieuze contexten. Zo scheidt het geven van borstvoeding binnen de islamitische wet een blijvende verwantschapsband met het kind en tussen het kind en de volledige familie (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Tot slot zijn er naast de gezondheidsvoordelen ook praktische aspecten: ouders ervaren vaak dat gedeelde borstvoeding de zorgtaken evenwichtiger verdeelt en zo bijdraagt aan rust in het gezinsleven, vooral in de eerste maanden na de geboorte (Weimer, 2023).

1.2.5 Uitdagingen bij lactatie-inductie

In het proces van lactatie-inductie en relactatie ervaren inducerende ouders verschillende uitdagingen. Deze uitdagingen kunnen zowel fysiek als emotioneel van aard zijn en hangen vaak samen met een gebrek aan informatie en ondersteuning vanuit de gezondheidszorg en het sociale netwerk (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022).

1.2.5.1 Fysieke uitdagingen

Een van de belangrijkste fysieke obstakels voor niet-zwangere personen die lactatie willen opwekken, is de intensiteit van het proces. Bij veel deelnemers aan het onderzoek van Cazorla-Ortiz et al. (2020) begon de lactatie-inductie of relactatie voordat hun kind geboren was, terwijl anderen hiermee na de geboorte van hun kind begonnen. Het vereist zeer frequente stimulatie van de borsten, wat stressvol kan zijn voor de betrokkenen. Dit kan niet alleen de relatie met hun partner beïnvloeden, maar ook het werkritme verstoren, aangezien deelnemers regelmatig 10 tot 15 minuten tijd moesten nemen om melk te kolven, zelfs tijdens werktijd. Desondanks vonden de meeste deelnemers het de moeite waard om door te zetten, vooral omdat ze in staat wilden zijn om hun kind borstvoeding te geven.

Volgens Lawrence en Lawrence (2022) kan de stress die gepaard gaat met de fysieke eisen van lactatie-inductie de melkproductie verstoren, doordat stress een negatieve invloed kan hebben op de melkafgifte. Dit onderstreept het belang van een ontspannen en ondersteunende omgeving tijdens dit proces.

1.2.5.2 Gebrek aan informatie van zorgprofessionals

Een ander probleem was het gebrek aan informatie en steun vanuit zorgprofessionals. Veel ouders voelden zich onvoldoende ondersteund door hun verloskundigen, verpleegkundigen of artsen. Sommigen gingen zelfs op zoek naar informatie op internet, omdat hun artsen hen vaak ontmoedigden. Zo zei een arts tegen een deelnemer: "Je zult helemaal niet kunnen borstvoeden, zelfs geen mier". De deelnemers benadrukten dat zorgprofessionals beter geïnformeerd zouden moeten worden over moderne gezinsstructuren en de mogelijkheden van lactatie-inductie, vooral in gezinnen met twee moeders. Een van de deelnemers pleitte voor meer training van zorgverleners over deze onderwerpen, zodat beide moeders, indien gewenst, betrokken kunnen worden bij het proces (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020). Ook blijkt uit ander onderzoek dat veel ouders tijdens hun prenatale consulten met vroedvrouwen of gynaecologen aangaven onvoldoende informatie over borstvoeding te hebben ontvangen (Juntereal & Spatz, 2020).

Het gebrek aan ondersteuning geldt overigens niet alleen voor de gestationele ouder, maar ook voor de niet-gestationele ouder. Zo werd er gerapporteerd dat veel nieuwe gezinsstructuren, waaronder gezinnen met co-lacterende ouders, een gebrek aan erkenning en ondersteuning ervoeren van verpleegkundigen en artsen, met name in zorginstellingen en op de geboorteplaats van het kind (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Schnell, 2022).

Ondersteuning van zorgprofessionals is cruciaal, aangezien gebrek aan adequate begeleiding kan leiden tot onzekerheid bij de inducerende ouder en uiteindelijk tot een negatievere ervaring van het proces (Lawrence & Lawrence, 2022).

1.2.5.3 Gebrek aan steun van naaste familie en vrienden

De steun van naaste familieleden en vrienden is vaak cruciaal voor het succes van lactatie-inductie, maar in veel gevallen was dit ook een uitdaging. Veel deelnemers gaven aan dat hun keuze om lactatie te induceren of te relacteren door hun omgeving werd betwijfeld. Familie en vrienden vroegen zich af of het wel noodzakelijk was om borstvoeding te geven en twijfelden aan de hoeveelheid en kwaliteit van de geproduceerde melk.

De deelnemers, met name degenen die lactatie-inductie of relactatie toepasten om een kind van hun partner te voeden, voelden zich vaak beoordeeld, zowel over hun beslissing om ouder te worden als over hun keuze om borstvoeding te geven (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

Bij co-lactatie gaf de gestationele ouder ook aan dat er een gebrek aan ervaringsgenoten was, met wie het gedeelde borstvoedingsproces besproken kon worden. Dit gold vooral voor de niet-gestationele ouder, die zich soms buitengesloten voelde (Schnell, 2022).

1.2.5.4 Twijfels over het resultaat

De onzekerheid over het al dan niet slagen van het proces was een constante bron van stress voor veel ouders. Het trage tempo van de lactatie-inductie en het wachten op resultaten veroorzaakte twijfel over de effectiviteit van de inspanningen. Ouders ervaarden frustratie wanneer de melkproductie vertraagde of stopte met toenemen, wat hen deed twijfelen of ze voldoende melk zouden hebben. Dit werd verder bemoeilijkt door de angst dat hun baby het misschien niet zou accepteren, wat het gevoel van onzekerheid versterkte. Vooral bij adoptieve ouders of bij personen die door middel van een draagmoeder een kind kregen, was de kans op succes vaak klein en gaven zij aan dat het proces hen al emotioneel en fysiek belastte (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

1.2.5.5 Stress en emotioneel conflict

Volgens Lawrence en Lawrence (2022) kan een rigide houding ten opzichte van lactatie, waarbij ouders zich sterk fixeren op de hoeveelheid geproduceerde melk, leiden tot problemen met de melkproductie. Stress en emotionele conflicten kunnen de melkafgifte verstoren, wat het succes van de lactatie verder bemoeilijkt. Personen die zich teveel richten op de kwantiteit van de melk in plaats van de relatie met hun kind, kunnen een gevoel van falen ervaren. Het is daarom belangrijk dat inducerende ouders ondersteuning krijgen, zowel professionele als niet professionele ondersteuning vanuit de omgeving, die hen helpt het proces in een ontspannen en positieve sfeer te ervaren, in plaats van het te zien als een stressvolle verplichting.

Ook in situaties van co-lactatie blijken er mogelijks bijkomende spanningen te ontstaan die voor uitdagingen kunnen zorgen. Ouders kunnen verschillende doelen hebben met betrekking tot borstvoeding, en gevoelens van jaloezie kunnen opkomen wanneer de ene ouder meer melk produceert of wanneer de baby een voorkeur lijkt te hebben voor borstvoeding van een van de ouders. Ook de noodzaak om borstvoeding en kolfmomenten voortdurend te coördineren kan extra belasting veroorzaken, vooral wanneer geen van beide ouders exclusief de voeding op zich neemt (Schnell, 2022).

1.2.5.6 Praktische uitdagingen

Naast fysieke en emotionele uitdagingen worden ouders ook geconfronteerd met diverse praktische uitdagingen. Belangrijke obstakels waar de deelnemster van het onderzoek van Weimer (2023) mee te maken kreeg was het vinden van een betrouwbare internationale apotheek om domperidon te verkrijgen, het regelen van een vergoeding voor een borstkolf via de zorgverzekering en het vrijmaken van voldoende tijd om met de nodige frequentie te kolven.

1.3 Lactatie-inductie in de praktijk

Lactatie-inductie kan op verschillende manieren worden aangepakt, afhankelijk van de persoonlijke situatie en voorkeur van de inducerende ouder. In de volgende paragrafen wordt toegelicht welke niet-farmacologische en farmacologische methoden beschikbaar zijn om de melkproductie op gang te brengen, en hoe deze in de praktijk worden toegepast – al dan niet in combinatie. Ook worden enkele protocollen besproken die als leidraad kunnen dienen tijdens dit proces.

1.3.1 Methoden lactatie-inductie

Lactatie kan op gang worden gebracht zonder medicatie, niet-farmacologisch dus, bijvoorbeeld door het handmatig stimuleren van de borsten, het gebruik van een borstkolf of door het aanleggen van een kind. Daarnaast is het ook mogelijk om de melkproductie op gang te brengen met behulp van hormonen, zoals progesteron en oestrogeen, of door middel van zogenoemde galactogenen, en dit wordt farmacologisch genoemd (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

1.3.1.1 Niet-farmacologische methoden

Lactatie-inductie en relactatie kunnen plaatsvinden zonder medicamenteuze ondersteuning, maar met eventueel wel een toevoeging van voedingssupplementen. Centraal in deze aanpak staat de herhaalde stimulatie van de borsten, die de natuurlijke hormonale processen activeert die nodig zijn voor melkproductie en -afgifte (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

Borststimulatie en voorbereiding

Een essentiële techniek binnen lactatie-inductie is borst- en tepelstimulatie. Deze methode vormt de kern van niet-farmacologische benaderingen om de melkproductie op gang te brengen. Tepelstimulatie leidt namelijk tot de afgifte van prolactine en oxytocine door de hypofyse, twee hormonen die cruciaal zijn voor het initiëren en onderhouden van lactatie (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021). Dit geldt in het bijzonder voor personen die niet zwanger zijn geweest, aangezien bij hen de hormonale voorbereiding van het borstweefsel – die normaal tijdens de zwangerschap plaatsvindt – ontbreekt (Lawrence & Lawrence, 2022).

Om borstvoeding op te wekken of opnieuw te starten, begin je met het stimuleren van je borsten. Dit kun je doen met een elektrische borstkolf (bij voorkeur een dubbele), handmatig of een combinatie van beide. Een dubbele elektrische kolf is het meest effectief, omdat het beide borsten tegelijk stimuleert, wat zorgt voor meer prolactine, meer toeschietreflexen en energierijke melk. Daarnaast kun je borstcompressie en handmatig kolven gebruiken om meer melk los te krijgen. Masseer je borsten zachtjes richting de tepel, kolf met de hand, en herhaal.

Handmatig kolven haalt melk naar boven die de pomp soms niet kan bereiken, en borstcompressie tijdens of na het kolven helpt bij het legen van je borsten. Hoe leger je borsten, hoe sterker het signaal om meer melk aan te maken (Australian Breastfeeding Association, 2022).

Zoals eerder gezegd, activeert borststimulatie twee belangrijke hormonen: prolactine en oxytocine. Prolactine speelt een centrale rol in de initiatie en instandhouding van melkproductie, terwijl oxytocine verantwoordelijk is voor de melkuitdrijving via samentrekking van de myo-epitheelcellen rond de melkklieren.

Tepelstimulatie veroorzaakt een neurale reflex die prolactine-afgifte stimuleert, mogelijk door het verminderen van dopamine in de hypothalamus. Dit mechanisme is nog niet volledig opgehelderd, maar het belang ervan wordt klinisch erkend (Lawrence & Lawrence, 2022).

Om het tekort aan prolactine en oxytocine bij niet-zwangere individuen te compenseren, wordt aangeraden om reeds enkele weken tot maanden vóór de komst van het kind te starten met systematische borststimulatie. Deze stimulatie kan gebeuren via manuele expressie, het gebruik van een hand- of elektrische kolf, of specifieke tepeloefeningen zoals rollen, masseren of lichte tractie (Lawrence & Lawrence, 2022).

Aanbevolen wordt om te beginnen met frequente, korte manuele stimulaties van de tepels en borsten, waarbij de duur van elke sessie geleidelijk wordt verhoogd tot ongeveer tien minuten. Indien er voldoende voorbereidingstijd is, kan na ongeveer twee weken manuele stimulatie worden overgegaan op mechanische stimulatie. Waar handmatige kolven vaak sneller ongemak veroorzaken, zijn moderne elektrische kolven met gecontroleerde zuigkracht en frequentie doorgaans doeltreffender. Het gebruik van een dubbele pomp is aan te raden, omdat dit de stimulatie maximaliseert en tijd bespaart (Lawrence & Lawrence, 2022).

Frequentie en duur van stimulatie zijn cruciale variabelen. In sommige protocollen wordt aanbevolen om zesmaal per dag te kolven, waarbij beide borsten elk tien minuten gestimuleerd worden. Na de start van de melkproductie werd de frequentie in sommige gevallen verhoogd van vier naar zes keer per dag (Ikebukuro et al., 2024). Cazorla-Ortiz et al. (2020) benadrukken dat de borsten idealiter vier tot tien keer per dag worden gestimuleerd, telkens gedurende tien tot twintig minuten per borst. Dit kan manueel, met een pomp, of via een combinatie van beide gebeuren. Nachtelijke stimulatie is hierbij van groot belang voor het bereiken van hoge niveaus van prolactine en oxytocine.

Een concrete casus illustreert hoe een moeder een draagbare kolf gebruikte vanaf de dag na het stopzetten van de anticonceptiepil, gecombineerd met manuele expressie. Hoewel dit laatste niet haar voorkeursmethode was, bleek het – na overleg met een lactatiekundige – effectiever om colostrum te verzamelen. De moeder volgde een schema van zes stimulaties per 24 uur, met een maximale onderbreking van vijf à zes uur 's nachts. Een borstkolf van ziekenhuiskwaliteit werd aangeraden, maar bleek door haar actieve levensstijl niet praktisch. De draagbare kolf bood een efficiëntere oplossing om overdag minstens drie uur aan borststimulatie te garanderen (Gorgati et al., 2024).

Bij succesvolle adoptieve borstvoeding werd in een Nigeriaanse studie aangetoond dat vrouwen voldoende melk konden produceren enkel via borststimulatie, zelfs zonder voorafgaande hormonale therapie.

Deze vrouwen, die eerder borstvoeding hadden gegeven, begonnen met het aanleggen van het kind minstens tien keer per dag gedurende tien minuten per borst. Melkproductie startte doorgaans tussen dag 13 en 18, en na drie tot vier weken was volledige borstvoeding mogelijk (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guiterrez, et al., 2020).

Een aanvullende techniek die vaak wordt toegepast is het gebruik van een Supplemental Nursing System (SNS). Hierbij wordt een voedings slangetje naast de tepel geplaatst, zodat het kind tegelijkertijd melk (zoals donormelk, afgekolfde melk of kunstvoeding) kan opnemen en de borst kan stimuleren.

Dit bevordert niet alleen de melkproductie, maar versterkt ook de hechting tussen de inducerende ouder en het kind (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

De afgifte van oxytocine kan bovendien een belangrijke psychologische impact hebben. Wanneer ouders merken dat hun borsten melk beginnen afgeven – al is het in geringe hoeveelheid – kan dit hun zelfvertrouwen aanzienlijk versterken en hun motivatie verhogen om door te gaan met de stimulatie (Lawrence & Lawrence, 2022).

Cultuurgebonden praktijken

In sommige culturen, waar lactatie-inductie een noodzakelijke overlevingsstrategie vormt voor het kind, is er vaak geen voorbereidingstijd voorhanden. Het kind wordt rechtstreeks aan de borst gelegd en toegelaten om te zuigen. Tegelijkertijd worden er aanvullende strategieën toegepast, zoals het gebruik van kruidentheeën met galactagoge werking en voedzame voeding voor de inducerende ouder. In bepaalde gevallen worden de kinderen ook gevoed met voorgekauwd voedsel, pap of dierlijke melk. Verder werd er aangegeven dat kokosmelk, rijk aan voedingsstoffen en vaak toegepast in traditionele geneeskunde, een positieve invloed kon hebben op de melkproductie (Lawrence & Lawrence, 2022).

Kruidensupplementen en voeding

Er kan ook gebruikgemaakt worden van kruiden met een lactatiebevorderende werking. Deze zogenoemde galactagogen worden ingezet ter ondersteuning van de melkproductie, vaak in combinatie met borststimulatie. Fenegriek (*Trigonella foenum-graecum*) en gezegende distel (*Cnicus benedictus*) behoren tot de meest gebruikte kruiden op dit vlak (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Kenniscentrum Borstvoeding, 2022). Fenegriek is wereldwijd een populair supplement om melkproductie te stimuleren. In een casus werd dit kruid bijvoorbeeld voorgeschreven door een lactatiekundige, die ook huisarts was, in een dosering van twee tabletten, driemaal daags (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Ook andere planten worden frequent vermeld als mogelijke galactagogen, zoals melkdistel, alfalfa, venkel, haver, ginkgo en heemstblad. In het kader van adoptief borstvoeden worden deze kruiden vaak gecombineerd met intensieve borststimulatie. Zo gebruikte een adoptieve ouder van een tweeling fenegriek tot 1830 mg per dag en gezegende distel tot 1020 mg per dag. Om overdosissen te vermijden mag de grens van 350mg/kg niet overschreden worden voor fenegriek, voor gezegende distel is hier minder duidelijkheid rond, er bestaan namelijk geen klinische studies met aanbevelingen rondom de dosering. Algemeen worden dosissen van vier tot zes gram per dag gebruikt (Drugs.com, 2024a, 2024b). Een andere ouder combineerde deze kruiden met alfalfa, kaneelthee en een oxytocine-neusspray (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Naast kruiden kan ook voeding een ondersteunende rol spelen. Respondenten in het onderzoek van Che Abdul Rahim et al. (2024) gaven aan bewust te kiezen voor een evenwichtige voeding tijdens het proces van lactatie-inductie. Enkele ouders rapporteerden positieve effecten bij het gebruik van voedingsmiddelen zoals radijs, dadels, melkdranken, chocolade en amandelen. Deze producten worden in sommige culturen traditioneel beschouwd als galactogeen. Toch bleek de effectiviteit ervan sterk individueel bepaald: geen enkel specifiek voedingsmiddel of supplement kon gegarandeerd de melkproductie verhogen. De algemene conclusie was dat een gezonde, uitgebalanceerde voeding – in combinatie met voldoende rust en hydratatie – de beste basis vormt voor een succesvolle lactatie-inductie.

Acupunctuur

De deelnemer in de casestudy van Schnell (2022) had last van aanhoudende doorbraakbloedingen tijdens het gebruik van de orale anticonceptiepillen, wat werd verholpen met behulp van acupunctuur. Acupunctuur werd daarnaast ook ingezet om de hormonale balans te ondersteunen.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat acupunctuur en andere vormen van traditionele Chinese geneeskunde (TCM), zoals acupressuur en cupping, een positieve invloed kunnen hebben op de melkproductie bij ouders na de bevalling (Fang et al., 2024). Een systematische review en meta-analyse uitgevoerd door Fang et al. (2024) toonde aan dat TCM-interventies, waaronder acupunctuur, significant bijdragen aan een hogere melkproductie en verhoogde prolactinespiegels.

De positieve effecten zijn waarschijnlijk te verklaren door het stimuleren van specifieke meridianen die volgens de Chinese geneeskunde in verbinding staan met de borstklieren en hormonale regulatie. Door deze punten te activeren, wordt de doorstroming van energie ("Qi") en bloed bevorderd, wat een regulerend effect heeft op het endocriene systeem, waaronder de aanmaak van prolactine – het hormoon dat melkproductie stimuleert (Bautista-Hernández et al., 2024; Fang et al., 2024).

Een tweede meta-analyse bevestigde deze bevindingen en concludeerde dat stimulatie van acupunctuurpunten effectief is in het verbeteren van de hoeveelheid geproduceerde moedermelk bij vrouwen met hypogalactie, in vergelijking met controlegroepen zonder stimulatie (Bautista-Hernández et al., 2024).

1.3.1.2 Farmacologische methoden

Bij farmacologische lactatie-inductie worden hormonale behandelingen en/of galactogogen ingezet, in combinatie met mechanische borststimulatie. Deze aanpak tracht de hormonale omstandigheden van een zwangerschap na te bootsen om melkproductie op gang te brengen bij personen die geen zwangerschap hebben doorgemaakt (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022).

Hormonale behandeling

Een succesvolle lactatie-inductie vereist vaak een hormonale voorbereiding die het hormonale profiel van een zwangerschap nabootst. Het doel is een pseudo-zwangerschapstoestand te creëren, gekenmerkt door hoge niveaus van oestrogeen en progesteron, in combinatie met een verhoogde prolactinespiegel.

Deze hormonale combinatie bootst het fysiologische verloop van een natuurlijke zwangerschap na, waarbij oestrogeen en progesteron de prolactinewerking op melkproductie tijdelijk onderdrukken. Na het abrupt stopzetten van de hormonale therapie – een 'simulatie' van de bevalling – stijgt de prolactinespiegel, wat het begin van de melksecretie mogelijk maakt (Ikebukuro et al., 2024; Wamboldt et al., 2021).

De hormonale behandeling bestaat doorgaans uit een combinatie van oestrogenen en progestagenen. Deze worden meestal toegediend via orale anticonceptiva (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022), al wordt in de klinische praktijk ook vaak transdermale toediening van oestrogeen verkozen. Deze methode benadert beter de oestrogeenconcentratie van een natuurlijke zwangerschap en wordt aangeraden bij personen met verhoogd risico op veneuze trombo-embolieën (Ikebukuro et al., 2024).

De hormonale behandeling wordt meestal gestart tweeënhalftot vijf maanden vóór de geplande start van de lactatie-inductie en duurt zes tot tien weken. De toediening van de hormonen wordt 24 tot 48 uur vóór de start van de borststimulatie stopgezet, omdat oestrogeen en progesteron de melkproductie kunnen remmen (Lawrence & Lawrence, 2022). In sommige gevallen wordt een intramusculaire injectie met medroxyprogesteron (100 mg) een week voor de start van de stimulatiefase toegediend (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). In andere protocollen worden ethinylestradiol en progestagenen gedurende meerdere weken toegediend, met wisselend succes. De effectiviteit hangt onder meer af van de borstvoedingservaring van de ouder (Lawrence & Lawrence, 2022). Progesteron wordt idealiter 's avonds toegediend, vanwege de sederende werking van de metaboliëten (Wamboldt et al., 2021).

In een casus uit het artikel van Ikebukuro et al. (2024) werd de progesterontherapie gestopt op dag 123 van het inductieschema, terwijl de oestrogeendosis werd afgebouwd tot 4 mg per dag. Deze afbouw was noodzakelijk om een postpartum-achtige toestand te simuleren, zoals die na een bevalling optreedt, met als gevolg een stijging in melkproductie.

Om de verhoogde prolactinespiegel gedurende het hele proces te ondersteunen, wordt vaak domperidon toegediend. Deze dopamine-antagonist stimuleert de prolactinesecretie door de hypofyse en is essentieel voor de opstart en het behoud van melkproductie (Ikebukuro et al., 2024).

Bij transgender vrouwen wordt in sommige gevallen ook een androgeenonderdrukker toegevoegd, zoals spironolacton (100 mg tweemaal daags), om het testosterongehalte laag te houden. Dit bevordert de feminiserende en lactogene werking van oestrogeen en prolactine (Wamboldt et al., 2021).

Oxytocine

Oxytocine speelt een essentiële rol in de toeschietreflex, het proces waarbij melk uit de melkklieren naar de tepel wordt geleid. Deze reflex wordt normaal gesproken op gang gebracht door het zuigen van de baby aan de borst, maar kan ook farmacologisch worden ondersteund (Lawrence & Lawrence, 2022).

In bepaalde gevallen kan het intranasale gebruik van oxytocine nuttig zijn, met name bij personen bij wie de toeschietreflex onvoldoende of onregelmatig optreedt.

Toediening vlak vóór het aanleggen van de baby of het gebruik van een borstkolf kan het reflexmechanisme versterken, waardoor de melkafgifte wordt vergemakkelijkt (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022).

Hoewel oxytocine de melkafgifte verbetert, beïnvloedt het doorgaans niet direct het melkvolume. Sommige studies suggereren echter dat oxytocine indirect een verhoging van de prolactinesecretie zou kunnen stimuleren, wat gunstig kan zijn voor de melkproductie op langere termijn (Lawrence & Lawrence, 2022).

Langdurig of routinematig gebruik van oxytocinespray wordt afgeraden. Er zijn aanwijzingen dat chronische toediening gedurende meerdere weken een tegengesteld effect kan hebben, met een afname of zelfs onderdrukking van de melkproductie als gevolg. Daarom is het advies om oxytocine beperkt en doelgericht in te zetten, bijvoorbeeld als ondersteuning in de beginfase van lactatie of bij aanhoudende problemen met de toeschietreflex (Lawrence & Lawrence, 2022).

Galactogogen

Binnen het proces van lactatie-inductie spelen galactogogen – stoffen die de melkproductie stimuleren – een belangrijke ondersteunende rol. De meest gebruikte farmaceutische galactogogen zijn domperidon en metoclopramide, beide dopamine-antagonisten. Door de remmende werking van dopamine op de hypofyse te blokkeren, stimuleren ze de afgifte van prolactine, een hormoon dat essentieel is voor de ontwikkeling van de melkklieren en het op gang brengen en onderhouden van de melkproductie (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022; Weimer, 2023).

Domperidon wordt in veel landen beschouwd als het voorkeursmiddel voor het stimuleren van lactatie. Het middel wordt oraal toegediend en is effectief in het verhogen van de prolactinespiegel (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Ikebukuro et al., 2024). Het wordt vaak gestart op het moment dat de eerste melk verschijnt, ongeveer een maand na het begin van borststimulatie (Lawrence & Lawrence, 2022).

De gebruikelijke startdoserings is 10 mg driemaal daags, die na een week kan worden verhoogd tot 20 mg driemaal daags, afhankelijk van het effect en de fysieke conditie van de patiënt (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Ikebukuro et al., 2024). In sommige casussen werd de dosis zelfs verhoogd tot 30 mg driemaal daags, met een merkbare toename van de melkproductie tot 90 à 150 ml per dag (Wamboldt et al., 2021). Alternatief wordt soms gestart met 10 mg viermaal daags, met een mogelijke opbouw tot 20 mg viermaal daags, wat volgens referenties veilig is tot een maximum van 80 mg per dag (Ikebukuro et al., 2024; Kenniscentrum Borstvoeding, 2022).

Hoewel domperidon over het algemeen goed wordt verdragen en slechts in minimale hoeveelheden (<0,1%) in de moedermelk terechtkomt, zijn voorzichtigheid en professionele begeleiding bij gebruik geboden. De American Academy of Pediatrics en de Canadian Insurance Code beschouwen het middel als veilig tijdens lactatie (Ikebukuro et al., 2024; Wamboldt et al., 2021). In de Verenigde Staten is domperidon echter niet goedgekeurd door de FDA vanwege zorgen over een mogelijke verlenging van het QT-interval, wat ernstige hartritmestoornissen of zelfs plotselinge hartdood kan veroorzaken (Weimer, 2023).

Wanneer de melkproductie voldoende op gang is gekomen en stabiel blijft, kan overwogen worden om domperidon geleidelijk af te bouwen. Ouders merken echter vaak al bij het overslaan van één dosis een merkbare afname in productie, wat een voorzichtige, stapsgewijze afbouw vereist (Kenniscentrum Borstvoeding, 2022).

Een alternatief galactogoog dat zowel oraal als via intramusculaire of intraveneuze injecties kan worden toegediend, is Metoclopramide. Een veelgebruikte dosering is 10 mg, drie tot vier keer per dag gedurende een week, waarna de dosis geleidelijk wordt afgebouwd (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022). In de praktijk varieert de dosering van 20 tot 80 mg per dag, en in sommige gevallen wordt een onderhoudsdosering van slechts 5 mg per dag aangehouden tijdens de borstvoedingsperiode. De behandelingsduur varieert van tien dagen tot twee maanden (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Bijwerkingen van metoclopramide kunnen bestaan uit vermoeidheid, gewichtstoename en emotionele labiliteit (Lawrence & Lawrence, 2022).

Er zijn ook andere stoffen met een prolactineverhogende werking, zoals chlorpromazine, een antipsychoticum met sedatieve eigenschappen, en theofylline, dat van nature voorkomt in thee en koffie. Deze middelen worden echter zelden gebruikt vanwege hun potentieel ongunstige bijwerkingen (Lawrence & Lawrence, 2022). In zeldzame gevallen werd zelfs dopamine zelf toegediend (30–120 mg/dag), bijvoorbeeld rond week 20 van de zwangerschap of na de geboorte, hoewel dit niet tot de standaardbehandeling behoort (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

1.3.1.3 Combinatiebehandelingen

Uit de geraadpleegde bronnen blijkt dat een succesvolle lactatie-inductie – het opwekken van melkproductie zonder voorafgaande zwangerschap – doorgaans een multimodale aanpak vereist. Onderzoek en praktijkervaring tonen aan dat een combinatie van hormonale therapie, galactogogen, borststimulatie en soms aanvullende middelen zoals kruidenpreparaten of oxytocinespray de kans op succesvolle melkproductie aanzienlijk verhoogt.

Eerst wordt er in de hormonale fase een zwangerschap nagebootst door middel van oestrogeen en progesteron, meestal toegediend via orale anticonceptiva of transdermale pleisters. Deze hormonen stimuleren de ontwikkeling van borstweefsel, maar onderdrukken tegelijkertijd de melkproductie. Om een postpartum-achtige situatie te creëren, worden ze 24 tot 48 uur vóór de start van borststimulatie stopgezet (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Een optimale voorbereiding duurt idealiter zes tot negen maanden, wat vergelijkbaar is met de duur van een natuurlijke zwangerschap. Deze tijdsduur blijkt de beste resultaten op te leveren, omdat het borstweefsel zich dan voldoende kan ontwikkelen (Kenniscentrum Borstvoeding, 2022).

Na het stoppen van de hormonale therapie wordt gestart met galactogogen, zoals domperidon of metoclopramide. Deze dopamine-antagonisten verhogen de prolactinesecretie, die essentieel is voor melkproductie. Domperidon wordt het meest gebruikt, vaak in doses van 10 tot 20 mg driemaal daags. In sommige gevallen wordt dit verhoogd tot 80–90 mg per dag, afhankelijk van het effect (Wamboldt et al., 2021; Weimer, 2023).

Weimer (2023) haalt een casus aan van een transgender vrouw die 107 dagen voor de verwachte geboorte domperidon begon in combinatie met hoge doses estradiol en progesteron. Ze schakelde later over op een lagere dosis estradiol en begon frequent te kolven. Bij het verlagen van de domperidondosis merkte ze een afname in melkproductie, wat de noodzaak van een stabiele dosering onderstreepte.

Bovenop de hormonale therapie wordt mechanische stimulatie met een elektrische dubbele borstkolf als essentieel beschouwd voor het succesvol opwekken van lactatie. Deze stimulatie begint doorgaans al tijdens de hormonale fase met drie korte sessies van vijf minuten per dag, en wordt geleidelijk opgebouwd tot zes sessies van 15 à 20 minuten per dag, inclusief een nachtelijke sessie. In de praktijk wordt vaak een regime gehanteerd waarbij om de vier uur wordt gekolfd, zowel overdag als 's nachts, met een middelhoge zuigkracht. Deze gestructureerde aanpak versterkt de hormonale signalen, ondersteunt de ontwikkeling van het borstweefsel en bereidt de borsten voor op melkafgifte (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Lawrence & Lawrence, 2022).

Tenslotte gebruiken veel inducerende ouders daarbij ook aanvullend kruidenpreparaten zoals fenegriek, moringa, gezegende distel of kaneelthee.

Deze worden vaak gecombineerd met borststimulatie en domperidon, en kunnen de subjectieve melkproductie verhogen (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Ook oxytocine neusspray wordt soms toegevoegd om de toeschietreflex te versterken. Deze interventies worden het best doelgericht ingezet, omdat langdurig gebruik van oxytocine mogelijk een remmend effect kan hebben (Lawrence & Lawrence, 2022).

De exacte combinatie van middelen hangt af van de persoonlijke situatie. In sommige gevallen wordt zelfs een eenvoudige aanpak gehanteerd waarbij het kind wordt aangelegd zonder voorafgaande medicatie of stimulatie. Hoewel deze benadering legitiem is, leidt ze zelden tot substantiële melkproductie, tenzij er frequent en consistent wordt gestimuleerd (Kenniscentrum Borstvoeding, 2022).

1.3.2 Protocollen lactatie-inductie

Om een concreet beeld te geven van hoe een lactatie-inductie in de praktijk kan verlopen, wordt hieronder het protocol van Newman en Goldfarb toegelicht. Hoewel dit protocol inmiddels als verouderd kan worden beschouwd, wordt het nog regelmatig genoemd in wetenschappelijke artikelen. Omdat er geen andere goed uitgewerkte protocollen voor lactatie-inductie bekend zijn, is ervoor gekozen dit protocol op te nemen in deze bachelorproef. Het opnemen van een specifiek protocol is belangrijk om inzicht te bieden in de stappen die een ouder kan volgen, welke middelen hiervoor nodig zijn en wat het proces inhoudt. Dit helpt om de theoretische kennis rond lactatie-inductie te vertalen naar de praktijk, en kan zorgprofessionals en ouders ondersteunen bij het maken van geïnformeerde keuzes.

1.3.2.1 Protocollen van Newman en Goldfarb

Het Newman-Goldfarb protocol bootst de hormonale veranderingen van zwangerschap na om melkproductie te stimuleren, door prolactine te verhogen met galactogogen en oestrogeen en progesteron gecontroleerd te laten stijgen en dalen (Ikebukuro et al., 2024).

Het protocol kent drie varianten: 'regular', 'accelerated' en 'menopausal', afhankelijk van de voorbereidingstijd en hormonale status.

Bij 'regular' en 'accelerated' start de behandeling met anticonceptiepillen en domperidon, gevolgd door stoppen van hormonen en borststimulatie met kolven, plus kruiden die de melkproductie bevorderen (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Lawrence & Lawrence, 2022; Weimer, 2023). Voor menopauzale personen wordt oestrogeen vervangen door alleen progesteron vanwege gezondheidsrisico's boven de leeftijd van 35 jaar (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Hoe langer het protocol gevolgd wordt, hoe groter de kans op succes (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Regular protocol

Zes maanden voor de geboorte begint de inducerende ouder met een actieve anticonceptiepil (zoals Ortho 1/35) in combinatie met domperidon: eerst 10 mg vier keer per dag gedurende een week, daarna 20 mg vier keer per dag. Deze combinatie bootst een zwangerschap na en onderdrukt de melkproductie. Gedurende de eerste maanden mag er nog niet worden gekolfd of kruiden genomen. Dit blijft zo tot zes weken voor de geboorte (Goldfarb, z.d.-c; Goldfarb & Newman, 2022).

Bij personen ouder dan 35 of die geen oestrogeen/progesteron mogen gebruiken, wordt de pil vervangen door Provera 2.5 mg of Prometrium 100 mg, in overleg met de arts (Goldfarb, z.d.-c).

Zes weken voor de uitgerekende datum stopt de ouder met de anticonceptiepil, maar blijft die domperidon nemen (20 mg vier keer per dag). Hierdoor daalt het progesteron en stijgt het prolactine, wat de melkproductie stimuleert. Vaak treedt onttrekkingsbloeding op, wat normaal is (Goldfarb, z.d.-c; Goldfarb & Newman, 2022).

Vanaf dat moment begint men met kolven: om de drie uur, inclusief één keer 's nachts. Elke sessie bestaat uit 5–7 minuten kolven op lage of middelmatige stand, gevolgd door borststimulatie (masseren, schudden), en nogmaals 5–7 minuten kolven. Rond deze periode worden ook kruiden zoals gezegende distel (390 mg) en fenegriek (610 mg), driemaal daags bij de maaltijd, aanbevolen. Domperidon wordt best een halfuur voor de maaltijd ingenomen. Extra voeding zoals havermost en voldoende vochtinname (6–8 glazen per dag) ondersteunen de melkproductie. Cafeïne wordt afgeraden (Goldfarb, z.d.-c; Goldfarb & Newman, 2022).

Wanneer de baby geboren is, wordt aanbevolen om het kindje zo snel mogelijk aan de borst te leggen, liefst al in de verloskamer. Voeden gebeurt op vraag, wat overeenkomt met 10–16 voedingen per etmaal. Na elke voeding kan 10 minuten extra worden gekolfd om de productie te stimuleren. De kruiden worden verdergezet zolang nodig, en domperidon kan geleidelijk worden afgebouwd zodra de melkproductie goed op gang is gekomen (Goldfarb, z.d.-c; Goldfarb & Newman, 2022).

Accelerated protocol

Dit versnelde protocol is bedoeld voor inducerende ouders die weinig tijd hebben voor voorbereiding of opnieuw willen gaan borstvoeden. De effectiviteit qua melkproductie ligt doorgaans lager dan bij het regulier protocol, maar het emotionele en fysieke voordeel van borstvoeding blijft waardevol (Goldfarb, z.d.-a; Goldfarb & Newman, 2022).

Gedurende 30 tot 60 dagen neemt de ouder Microgestin of Ortho 1/35 zonder onderbreking (dus geen placebo's), samen met domperidon 20 mg viermaal daags. Bij duidelijke borstveranderingen (minstens één cupmaat groter, zwaar en gespannen gevoel), wordt de pil gestopt en het kolfschema opgestart, waarbij domperidon behouden blijft (Goldfarb, z.d.-a; Goldfarb & Newman, 2022).

Als er minder dan vier weken beschikbaar zijn, kan alsnog gestart worden met dit schema, zelfs als de baby al is geboren. Dan begint men onmiddellijk met Microgestin of Ortho 1/35 en domperidon. Ondanks vermoeidheid door de snelle opstart, geeft 30 dagen aanhouden doorgaans een goed resultaat (Goldfarb, z.d.-a; Goldfarb & Newman, 2022).

Ook bij dit protocol wordt exclusief kolven met een dubbele elektrische kolf aangeraden, elke drie uur en minstens één keer per nacht. Zodra de kolfroutine begonnen is, kunnen ook hier gezegende distel en fenegriek worden toegevoegd. Verder blijven havermost, hydratatie en vermijden van cafeïne belangrijk (Goldfarb, z.d.-a; Goldfarb & Newman, 2022).

Bij onvoldoende eigen melkproductie kan gebruik worden gemaakt van donormelk (via melkbanken of melkdelingsnetwerken) of kunstvoeding via een voedingssonde aan de borst. Indien de draagmoeder of biologische moeder bereid is om tijdelijk colostrum of melk te leveren, is dit een waardevolle aanvulling (Goldfarb, z.d.-a; Goldfarb & Newman, 2022).

Menopause protocol

Zelfs bij afwezigheid van een baarmoeder of eierstokken kan er borstvoeding gegeven worden, op voorwaarde dat de hypofyse goed functioneert.

De eerste stap is het stoppen van de hormonale substitutietherapie en overschakelen op Microgestin of Ortho 1/35, gecombineerd met domperidon (10 mg viermaal daags in week 1, daarna 20 mg viermaal daags) (Goldfarb, z.d.-b; Goldfarb & Newman, 2022).

De combinatie wordt minstens 60 dagen aangehouden tot er duidelijke borstveranderingen optreden. Zodra dit stadium bereikt is, wordt de pil gestopt en start de inducerende ouder met kolven volgens het gekende patroon (elke drie uur, inclusief 's nachts), gebruik makend van een dubbele elektrische kolf (Goldfarb, z.d.-b; Goldfarb & Newman, 2022).

Kruiden (fenegriek en gezegende distel), voedingsadviezen (zoals haverwortel) en voldoende vochtinname blijven ook hier essentieel. Indien menopauzale klachten opduiken, kunnen fyto-oestrogenen uit sojaproducten verlichting bieden. Overmatig gebruik hiervan wordt afgeraden omdat het de melkproductie kan verlagen (Goldfarb, z.d.-b; Goldfarb & Newman, 2022).

Net als bij de andere protocollen komt de melk in volgens een patroon: van heldere druppels naar witte melk, met druppels, spray en tenslotte een constante stroom. De reactiesnelheid verschilt per persoon (Goldfarb, z.d.-b; Goldfarb & Newman, 2022).

Keuze van het juiste protocol

De keuze van het protocol hangt af van de tijd die nog rest tot de baby er is. Hoe langer de combinatie van anticonceptiepil en domperidon kan genomen worden vóór het kolven, hoe beter het resultaat (Goldfarb, z.d.-d; Goldfarb & Newman, 2022).

Bij meer dan drie maanden voorbereidingstijd is het regulier protocol ideaal. Heeft de ouder twee tot drie maanden, dan is het versneld protocol meer geschikt. In elk geval moet de combinatie minstens 30 dagen onafgebroken genomen worden vóór het starten met kolven (Goldfarb, z.d.-b; Goldfarb & Newman, 2022).

Het kolven begint pas nadat de pil is gestopt, maar domperidon wordt voortgezet. Een dubbele elektrische kolf is noodzakelijk, en het is aangeraden om ook fenegriek en gezegende distel in te nemen. Minstens één maand kolven is nodig om effect te zien (Goldfarb, z.d.-b; Goldfarb & Newman, 2022).

1.3.3 Start en duur melkproductie

De melkproductie na lactatie-inductie begint meestal na ongeveer een maand, hoewel dit kan variëren van één tot zes weken. In veel gevallen verschijnen de eerste druppels melk gemiddeld vier weken na de start van de stimulatie. Wanneer het kind daadwerkelijk aan de borst voedt, kan melk al binnen één tot twee weken zichtbaar worden (Lawrence & Lawrence, 2022).

Wanneer domperidone wordt gebruikt om de melkproductie te stimuleren, neemt de hoeveelheid melk doorgaans toe. Ouders die lactatie willen induceren, moeten echter begrijpen dat het mogelijk is dat ze hun baby niet volledig kunnen voeden met eigen melk, zonder aanvullende voeding. Dit zou geen teleurstelling moeten zijn, aangezien het belangrijkste doel van verzorging – het opbouwen van een sterke band met het kind – nog steeds kan worden bereikt (Lawrence & Lawrence, 2022).

In landen met een hoog of middeninkomen varieert de duur van de borstvoeding na lactatie-inductie van één maand tot vier jaar. In ontwikkelingslanden ligt deze periode tussen de vier en twaalf maanden (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

1.3.4 Samenstelling en hoeveelheid geïnduceerde melk

Bij geïnduceerde lactatie is er enige bezorgdheid over de mogelijke verschillen in de samenstelling van de melk die geproduceerd wordt door stimulatie van het zuigen in plaats van als gevolg van zwangerschap. Bij andere diersoorten, zoals koeien en ratten, is echter gebleken dat de melkproductie door middel van stimulatie niet verschilt van de 'normale' melk. In ontwikkelingslanden werd zelfs vastgesteld dat baby's die gevoed werden met geïnduceerde melk normale groeipatronen en gewichtstoename vertoonden, wat als bewijs werd gezien dat geïnduceerde melk adequaat is voor de voeding van zuigelingen (Lawrence & Lawrence, 2022).

Uit een vergelijkende analyse van normale moedermelk en melk verkregen uit geïnduceerde lactatie vonden de onderzoekers dat de samenstelling van melk bij ouders die lactatie kunstmatig induceerden, niet verschilde van die van ouders met een biologisch opgewekte lactatie. Deze bevindingen werden ondersteund door een ander onderzoek waarin de eiwitwaarden in melkmonsters van vijf ouders zonder biologische zwangerschappen gemeten werden. Hoewel er een verschil werd gevonden in de totale eiwitconcentratie tussen de melk van ouders zonder biologische zwangerschap en de melk van biologisch bevallen ouders, zijn deze verschillen klinisch minder relevant wanneer het doel van geïnduceerde lactatie voeding en zorg voor het kind is. Echter, deze waarden moeten wel in overweging worden genomen bij het adviseren van ouders over de voeding van hun baby, vooral wanneer het gaat om premature of kleine baby's (Lawrence & Lawrence, 2022).

De samenstelling van melk bij normale lactatie en geïnduceerde lactatie vertoont enkele verschillen. Zo bevat normale moedermelk bijvoorbeeld 7,0 g/dL lactose, terwijl geïnduceerde lactatie slechts 5,4 g/dL bevat. Daarentegen is het totaal eiwitgehalte in de melk van geïnduceerde lactatie (1,6 g/dL) hoger dan in normale moedermelk (1,2 g/dL). Ook andere elementen zoals natrium, kalium en chloor vertonen variaties. Ondanks deze verschillen is de melk van geïnduceerde lactatie voedingskundig adequaat en bevordert het een gezonde groei en ontwikkeling bij zuigelingen (Lawrence & Lawrence, 2022).

Uit onderzoek van Weimer (2023) blijkt dat de voedingswaarde van geïnduceerde melk gelijk of zelfs hoger kan zijn dan die van melk van iemand met een voldragen zwangerschap. In een studie waarin de macronutriënten en calorieën van geïnduceerde melk werden vergeleken met die van standaard moedermelk, bleek dat de melk van personen die lactatie induceerden op vier verschillende momenten (22, 70, 93 en 117 dagen na de uitgerekenende bevallingsdatum) een hoger gehalte aan proteïne, vet, lactose en calorieën had dan de standaard melk van een aterm bevallen persoon. Op 70 dagen na de uitgerekenende bevallingsdatum was de geïnduceerde melk rijker aan alle gemeten voedingsstoffen: 1,1 g/dL proteïne, 5,6 g/dL vet, 7,6 g/dL lactose en 25 kcal/30mL, vergeleken met de melk van iemand die aterm bevallen is, die 0,9 g/dL proteïne, 3,4 g/dL vet, 6,7 g/dL lactose en 20,4 kcal/30mL bevatte. Dit toont aan dat de geïnduceerde melk een waardevolle voedingsbron is voor pasgeborenen, en kan zorgen voor adequate groei en ontwikkeling.

Ondanks de hogere voedingswaarde van geïnduceerde melk, is de productie ervan vaak onvoldoende voor volledige borstvoeding. Niettemin vinden veel inducerende ouders voldoening in het proces van lactatie-inductie, voornamelijk vanwege de hechte band die het bevordert tussen de inducerende ouder en het kind (Che Abdul Rahim et al., 2024). De lactatie-inducerende ouder uit het onderzoek van Weimer (2023) produceerde vlak na de geboorte van haar kind 150ml melk verspreid over vijf kolfsessies per dag. Naarmate de melkproductie van de gestationele-ouder goed op gang kwam, begon de inducerende ouder ook rechtstreeks borstvoeding te geven.

Daarnaast kon zij nog 150ml melk bewaren, afkomstig van twee kolfsessies. Dit was echter onvoldoende om hun kind volledig te voeden met haar melk. Dit was minstens deels te wijten aan het feit dat zij minder frequent volwaardig borstvoeding gaf dan de aanbevolen zes tot acht keer per dag, wat nodig is om de melkproductie goed op gang te brengen en te onderhouden. Voor hen vormde dit echter geen probleem, aangezien zij aan co-lactatie deden en de lagere melkproductie daardoor volstond.

1.3.5 Borstvoeding in de anamnese

In de context van lactatie-inductie is er een interessant onderscheid tussen ouders die voor het eerst borstvoeding geven na inductie en ouders die al eens eerder borstvoeding gaven. Ouders die lactatie hadden geïnduceerd en voor het eerst borstvoeding gaven, ervoeren vaker problemen met hun borsten, zoals gebarsten tepels, melkblaren of verstopte melkkanalen. Dit in tegenstelling tot ouders die al eens eerder borstvoeding gaven en geen problemen met hun borsten rapporteerden. In het geval van de personen die problemen ondervonden, zoals bijvoorbeeld P-6 en P-9 met gebarsten tepels of P-4 en P-9 met melkblaren, werd ondersteuning geboden door lactatiekundigen. Posturale aanpassingen tijdens het voeden werden bijvoorbeeld aanbevolen om alle delen van de borst goed te leggen (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

Daarnaast werd in een andere studie het effect van eerdere ervaring met borstvoeding onderzocht. Er werd ontdekt dat adoptieve ouders die eerder borstvoeding hadden gegeven, sneller melk produceerden dan ouders zonder enige ervaring met lactatie. Dit werd ook bevestigd in een recentere casus, waar een ouder die lactatie induceerde na een eerdere zwangerschap en borstvoeding, erin slaagde om exclusief borstvoeding te geven (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). In een studie van Cazorla-Ortiz et al. (2020) bereikten twee deelnemers, die geen eerdere zwangerschap of borstvoedingservaring hadden, exclusieve borstvoeding, terwijl de andere twee, met eerdere borstvoedingservaring, dit niet haalden.

Eerdere ervaring met borstvoeding lijkt dus een belangrijke factor te zijn voor het succes van lactatie-inductie, hoewel het geen absolute vereiste is. Het versterkt de vastberadenheid van de ouder, haar zelfeffectiviteit en geeft haar een realistischer beeld van haar borstvoedingservaring en verwachtingen. Dit idee wordt verder ondersteund door een studie naar melkklieren in muizen die suggereerde dat zwangerschap een belangrijke rol speelt in de activiteit van de melkklieren en dat deze cellen 'herinneringen' bewaren van eerdere zwangerschappen, wat toekomstige pogingen tot borstvoeding kan bevorderen. Dit roept echter vragen op over de relevantie van eerdere zwangerschappen bij personen die lactatie hebben geïnduceerd zonder ooit zwanger te zijn geweest. In dit verband werd erop gewezen dat 55,38% van de adoptieve ouders die lactatie induceerden melk produceerden vóór de komst van hun kind, waaronder 33,3% zonder enige eerdere zwangerschap. Er werd daarentegen geconcludeerd dat het succes van lactatie-inductie niet verschilde tussen personen met of zonder zwangerschapservaring, wat suggereert dat andere factoren mogelijk van invloed zijn op het succes van het proces (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

1.4 Kanttekeningen bij lactatie-inductie

Hoewel lactatie-inductie in veel gevallen succesvol kan zijn, zijn er ook enkele belangrijke kanttekeningen en aandachtspunten die de slaagkans beïnvloeden. In het volgende onderdeel wordt dieper ingegaan op de verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij het al dan niet succesvol op gang brengen van de melkproductie.

1.4.1 Factoren die succes beïnvloeden

Er zijn verschillende factoren die het succes van lactatie-inductie kunnen beïnvloeden. Deze kunnen variëren van fysieke aspecten tot de aanwezigheid van steun.

De frequentie van de borststimulatie is essentieel voor het slagen van de lactatie-inductie. De borsten zouden meerdere keren per dag, gedurende 10-20min gestimuleerd moeten worden, dit handmatig of met een borstkolf. Voldoende stimulatie is zo belangrijk dat een gebrek eraan zelfs kan leiden tot een mislukte inductie. Deze stimulatie kan ook tot stand komen door gebruik te maken van een aanvullend voedingssysteem waarbij het kind via een fles voeding krijgt terwijl hij wel de borst stimuleert (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Een voorbeeld van zo'n aanvullend voedingssysteem is 'the Lact-Aid Nursing Trainer System' (Lawrence & Lawrence, 2022).



Figuur 1: Lact-Aid Nursing Trainer System (Lawrence & Lawrence, 2022)

Naast de frequentie van stimulatie speelt ook de duur van het gevolgde protocol een rol. Zo is er een grotere kans op slagen hoe langer het protocol gevolgd wordt. Adoptie kan dit soms bemoeilijken aangezien het hierbij niet altijd duidelijk is wanneer de ouders het kind effectief gaan krijgen (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Voeding via flesjes kan de borstvoeding bemoeilijken. Baby's die eerst met de fles gevoed werden, hebben namelijk best vaak problemen met het accepteren van de borst, dit werd ook aangetoond door een studie waarin 40% van de kinderen moeite toonde met het leren drinken aan de borst na het krijgen van flesvoeding.

Het is dan ook belangrijk om flesvoeding zo veel mogelijk te vermijden zodra de borstvoeding succesvol gestart is (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Een aanvullend voedingssysteem zoals 'the Lact-Aid Nursing Trainer System', geniet hier dan ook de voorkeur (Lawrence & Lawrence, 2022).

Ook de leeftijd van het kind heeft invloed op het slagen van de lactatie-inductie. Hoe jonger het kind is, hoe groter de kans is op het succesvol aanleren van drinken aan de borst. Een kind jonger dan 8 weken reageert dan ook vaak beter op de kans om borstvoeding te krijgen dan wat oudere kinderen (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Een positieve eerdere ervaring met borstvoeding is een grote factor in het slagen van lactatie-inductie. Ouders die al eens eerder borstvoeding gegeven hebben, produceren namelijk sneller melk dan ouders zonder ervaring hierin (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Een van de belangrijkste factoren in het slagen van lactatie-inductie is de steun van zorgprofessionals, de partner, familie en vrienden. De rol van de zorgverleners hierin is het bieden van cruciale informatie, advies en counseling, dit zeker als de ouders eerder nog geen zwangerschap doorgemaakt hebben. Ook de steun van een partner of familieleden kan het proces vergemakkelijken (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Emotionele steun is hierbij belangrijk aangezien de persoon die de lactatie induceert mogelijk gevoelens van onzekerheid en angst kan ervaren (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Tot slot zijn ook de motivatie, het zelfvertrouwen en de houding van de inducerende ouder essentieel voor het succes van de lactatie-inductie (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Vaak hebben personen die gemotiveerd zijn en er vertrouwen in hebben een grotere kans op een succesvolle uitkomst. Het krijgen van voldoende steun en het hebben van een positieve houding zijn belangrijk om stress en onzekerheid binnen dit proces te overwinnen (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). De kans op een succesvolle lactatie-inductie wordt vergroot door een positieve houding van de inducerende ouder en uitgebreide informatie over het proces (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

2 VRAAGSTELLING

2.1 Vraagstelling

Aan de hand van bovenstaande probleemstelling ontstond volgende onderzoeksvraag: *"Hoe kan een vroedvrouw bijdragen aan het succes van lactatie-inductie bij niet-zwangere (wens)ouders, zowel op lichamelijk als psychosociaal vlak?"*

De term '(wens)ouders' in de onderzoeksvraag is zorgvuldig gekozen aangezien er in deze bachelorproef belang gehecht wordt aan inclusiviteit en het feit dat ook lgbtq+ ouders die zich niet identificeren als 'vrouw' of 'moeder' lactatie kunnen induceren. Daarnaast is de term '(wens)ouder' ook van toepassing op de partner die mee een bijdrage dient te leveren tot het succesvol slagen van de lactatie-inductie.

2.2 Conceptueel model



Figuur 2: Conceptueel model

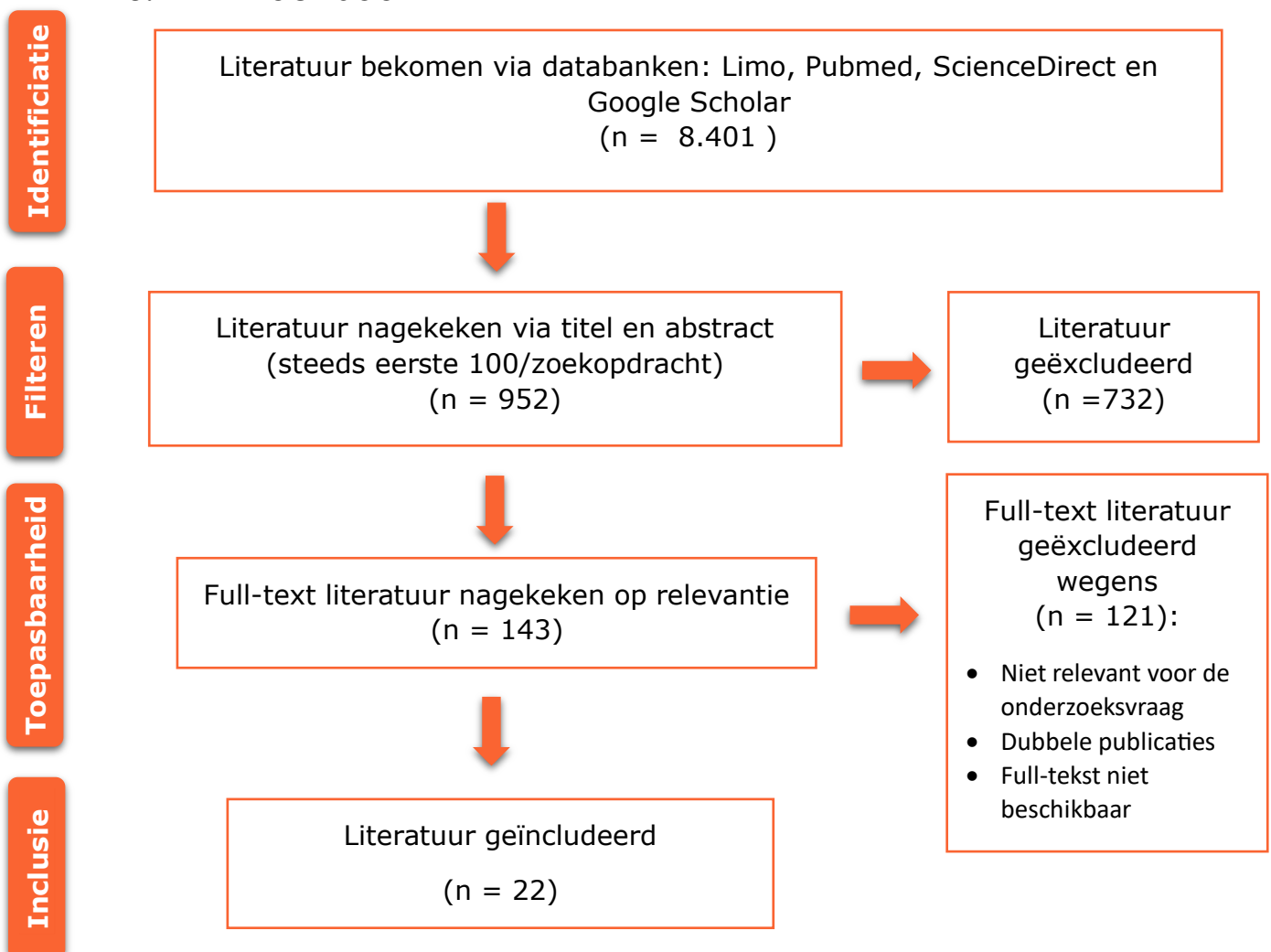
3 ZOEKSTRATEGIE

3.1 Zoekmethoden

- [Zoekstrategie 1 Limo:](#)
Lactation induction AND lesbian -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> 44 resultaten
- [Zoekstrategie 2 Limo:](#)
Lactation induction AND lesbian AND midwife -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> 21 resultaten
- [Zoekstrategie 3 Limo:](#)
Lactation induction AND midwife -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> 287 resultaten
- [Zoekstrategie 4 Limo:](#)
Induced lactation AND midwife -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> 351 resultaten
- [Zoekstrategie 5 Limo:](#)
Induced lactation AND adoption -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> 1.030 resultaten
- [Zoekstrategie 6 Limo:](#)
Lactation induction AND male -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> open access -> 3.564 resultaten
- [Zoekstrategie 7 Limo:](#)
Lactation induction AND contra-indication -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> articles -> open access -> 14 resultaten
- [Zoekstrategie 8 Limo:](#)
Domperidone AND contra-indication -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> articles -> open access -> 16 resultaten
- [Zoekstrategie 9 Limo:](#)
Breastfeeding AND contra-indication -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> available online -> articles -> open access -> 132 resultaten
- [Zoekstrategie 10 Pubmed:](#)
Lactation induction AND lesbian -> Engelstalig -> datum 2020-2024 -> free full text -> 4 resultaten
- [Zoekstrategie 11 Pubmed:](#)
Lactation induction AND adoption -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> free full text -> 2 resultaten
- [Zoekstrategie 12 Pubmed:](#)
Lactation induction AND Belgium -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> free full text -> 4 resultaten
- [Zoekstrategie 13 Pubmed:](#)
Lactation induction AND male -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> free full text -> 32 resultaten
- [Zoekstrategie 14 Pubmed:](#)
Lactation induction AND motilium -> Engelstalig -> datum 2019-2024 -> free full text -> 3 resultaten
- [Zoekstrategie 15 Pubmed:](#)
Breastfeeding (title) AND definition (title) -> Engelstalig -> datum 2019-2023 -> available online -> open access -> 3 resultaten
- [Zoekstrategie 16 Pubmed:](#)
Lactation AND acupuncture -> Engelstalig -> datum 2019-2025 -> full text -> 31 resultaten

- [Zoekstrategie 17 ScienceDirect:](#)
Colactation -> Engelstalig -> 1 resultaat
- [Zoekstrategie 18 Google Scholar:](#)
(Lactation induction OR induced lactation) AND (midwife OR midwifery OR nurse) AND (support OR guidance OR care) -> datum 2019-2025 -> 285 resultaten
- [Zoekstrategie 19 Google Scholar:](#)
Lactation induction AND multidisciplinary AND midwife AND gynaecology -> datum 2019-2025 -> 2.500 resultaten
- [Zoekstrategie 20 Google Scholar:](#)
(Newman and Goldfarb) AND (protocol) AND (induced lactation) -> elke periode -> elke taal -> 77 resultaten
- [Gebruik van Google](#)
Voor het zoeken van aanvullende informatie die niet te vinden was op databanken.
- [Gebruik ondersteunende middelen](#)
Chat GPT voor het herformuleren van teksten en controleren van grammatica en spelling.

3.2 Zoekboom



Figuur 3: Zoekboom (gebaseerd op Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009)

4 RESULTATEN

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de centrale onderzoeksvraag van dit werk: "Hoe kan een vroedvrouw bijdragen aan het succes van lactatie-inductie, zowel op lichamelijk als psychosociaal vlak?"

Om hierop een antwoord te formuleren, wordt onderzocht welke rol de vroedvrouw kan opnemen binnen dit proces en op welke manieren zij ouders concreet kan ondersteunen. Hierbij wordt aandacht besteed aan zowel de praktische en medische aspecten van lactatie-inductie als aan de emotionele en sociale begeleiding die essentieel is voor het welslagen ervan.

4.1 Taak van de vroedvrouw

De begeleiding van ouders die lactatie-inductie willen toepassen vergt een holistische en multidisciplinaire aanpak waarbij de vroedvrouw een sleutelrol speelt (Gorgati et al., 2024; Tauritz Bakker et al., 2021). Dit proces, waarbij een ouder zonder zwangerschap melkproductie stimuleert, vereist zowel fysieke ondersteuning als psychosociale begeleiding. Door deskundige zorg en gepersonaliseerde adviezen te bieden, helpt de vroedvrouw ouders om zich voor te bereiden op de uitdagingen die dit traject met zich meebrengt (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022).

4.1.1 Voor de geboorte of adoptie, de voorbereiding

In de prenatale fase is de vroedvrouw idealiter één van de eerste zorgverleners die het gesprek opent over de mogelijke alternatieve voedingsmethodes, zoals lactatie-inductie. Toch blijkt uit onderzoek dat dit vaak niet gebeurt, zeker bij LGBTQ+ gezinnen waar het onderwerp nauwelijks ter sprake komt tijdens prenatale consultaties. In sommige gevallen kwam lactatie-inductie pas laat ter sprake, wat de slaagkansen kan verkleinen. Vaak wordt er niet gesproken over alternatieve voedingsmethoden, zoals lactatie-inductie, als het niet door het koppel zelf aangehaald wordt (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Jackson et al., 2022). Door het als vroedvrouw tijdens een prenataal, pre-adoptie, of eventueel zelfs preconceptioneel, consult te bespreken – wat aansluit bij haar rol als bewaker van de fysiologie en gezondheidspromotor – zijn mensen hiervan op de hoogte, kunnen ze er op tijd mee starten en is er meer kans op succes (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021; Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016; Jackson et al., 2022). Het wordt namelijk aangeraden om een eerste gesprek hierover te hebben liefst voor conceptie of in het eerste trimester van de zwangerschap (van Amesfoort et al., 2024).

Het is belangrijk om als vroedvrouw op voorhand de verwachtingen van de ouders te bevragen, zoals omschreven in haar competentie om psychosociale factoren te bewaken en te begeleiden, en hierbij te benoemen dat exclusief voeden vaak niet haalbaar is, maar dat dit niet het enige doel is van lactatie-inductie (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016; van Amesfoort et al., 2024). Hoewel lactatie-inductie mogelijk is, verschilt de melkproductie namelijk per individu. Sommige ouders ervaren een langzame start of bereiken geen volledige melktoevoer, wat frustrerend kan zijn. Hier kan de vroedvrouw ouders helpen door realistische verwachtingen te scheppen en hen aan te moedigen om door te zetten ondanks mogelijke tegenslagen (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020).

De begeleiding door een vroedvrouw of IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) is cruciaal om het juiste protocol te kiezen en aan te passen aan de noden van de cliënt. Zo kan er bij een risico op vroeggeboorte bijvoorbeeld gekozen worden om het versnelde Newman-Goldfarb protocol te volgen (Gorgati et al., 2024). Een belangrijke taak van de vroedvrouw is om, in functie van de datum dat het kindje komt, een protocol op te stellen. Zo is het de bedoeling om eerst een zwangerschap na te bootsen en de borsten voor te bereiden om dan, in de periode dat het kindje komt, de hormonale situatie van een bevalling na te bootsen en lactogenese II op gang te brengen (Glover et al., 2023). Bij de keuze van protocol, moet de vroedvrouw dus rekening houden met de tijd die er nog beschikbaar is voor de komst van het kindje. Naast het opstellen van een protocol is het ook belangrijk dat je als vroedvrouw de ouders informeert over wat ze kunnen verwachten, bijvoorbeeld de mogelijkheid van het falen van een melkproductie en de nood tot bijvoeding (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

Voordat een vroedvrouw lactatie-inductie opstart is het belangrijk dat ze eerst een grondige medische anamnese afneemt, zoals voorgeschreven binnen haar rol als evaluator van risicosituaties (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016; van Amesfoort et al., 2024). Het is namelijk mogelijk dat de medicatie die opgestart gaat worden voor lactatie-inductie gecontra-indiceerd is op basis van de voorgeschiedenis van deze persoon (van Amesfoort et al., 2024).

De vroedvrouw of IBCLC helpt ook bij de interpretatie van informatiebronnen, zoals het 'Breastfeeding Network fact sheet' over domperidon, en zorgt voor een veilige opstart, bijvoorbeeld door ECG-controles aan te bevelen indien er cardiovasculaire risico's bestaan (Gorgati et al., 2024; Tauritz Bakker et al., 2021).

4.1.2 Na de geboorte of het ontvangen van het kind

Bij de farmacologische methode van lactatie-inductie wordt er een zwangerschap nagebootst aan de hand van hormonen. De vroedvrouw moet de ouders erin begeleiden dat wanneer ze het kindje gaan ontvangen de dosering van progesteron en oestradiol moet afnemen om zo een bevalling na te bootsen, wat zorgt voor een stijging in prolactine en een opstart van de lactatieproductie (van Amesfoort et al., 2024).

Een transgender vrouw merkte dat haar melkproductie afnam door het verminderen van domperidone waardoor ze de rest van haar borstvoedingsperiode nog domperidon genomen heeft (Weimer, 2023). Aangezien er na de opstart van de borstvoeding dus vaak nog domperidon verder genomen wordt om de melkproductie aan te houden, is het mogelijk dat dit bezorgdheden opwekt bij ouders. Belangrijk hierbij is om als vroedvrouw de ouders te informeren dat minder dan 0,1% van de dosis domperidon in de melk terechtkomt en er geen meldingen zijn van bijwerkingen bij kinderen die hiermee werden gevoed (Ikebukuro et al., 2024; Wamboldt et al., 2021).

Als er gekozen wordt om met twee ouders borstvoeding te geven, is het als vroedvrouw belangrijk om niet enkel de productie van de lactatie-inducerende ouder te ondersteunen, maar ook deze van de gestationele ouder. Er moet informatie gegeven worden dat de gestationele ouder de eerste periode na de bevalling exclusief borstvoeding geeft, terwijl de inducerende ouder kolft, om zo haar eigen productie te stabiliseren. Eens de productie van de gestationele ouder stabiel is, kan de inducerende ouder ook starten met het rechtstreeks voeden aan de borst (Weimer, 2023).

Belangrijk is wel dat als de gestationele ouder ook borstvoeding geeft, de vroedvrouw de inducerende ouder informeert over het feit dat deze minstens elke drie uur moet blijven kolven om zo de melkproductie te kunnen behouden (van Amesfoort et al., 2024).

4.1.3 Fysieke ondersteuning en voorbereiding

Om melkproductie op gang te brengen, is regelmatige stimulatie van de borsten noodzakelijk. De vroedvrouw kan ouders begeleiden bij technieken zoals borst- en tepelmassage, het gebruik van een kolfapparaat en het toepassen van een supplementair voedingssysteem (Lawrence & Lawrence, 2022). Deze methoden dragen bij aan de activering van hormonale processen die lactatie ondersteunen (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Lawrence & Lawrence, 2022). Wanneer er voor de eerste keer gestart wordt met borststimulatie is het de taak van de vroedvrouw om de ouders te informeren dat ze best eerst starten met manueel kolven en pas later, wanneer het melkvolume toeneemt er overgegaan kan worden op elektrisch kolven, met de voorkeur voor een dubbele elektrische borstkolf van ziekenhuiskwaliteit (van Amesfoort et al., 2024). Manueel kolven is namelijk efficiënter voor het verkrijgen en opvangen van colostrum (Gorgati et al., 2024).

Daarnaast is een goed voedingspatroon cruciaal voor een succesvolle lactatie-inductie, waarbij de vroedvrouw optreedt als gezondheidspromotor door advies te geven over voeding en levensstijl (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016; Lawrence & Lawrence, 2022). De vroedvrouw kan ouders adviseren over het belang van voldoende calorie-inname, het gehydrateerd blijven en het consumeren van voedingsstoffen die melkproductie bevorderen. Dit helpt niet alleen bij de fysieke voorbereiding maar draagt ook bij aan het algemene welzijn van de ouder (Lawrence & Lawrence, 2022).

4.1.4 Psychosociale begeleiding en inclusieve zorg

Naast fysieke ondersteuning is de emotionele begeleiding door de vroedvrouw van groot belang. Ouders die lactatie-inductie overwegen, doen dit vaak niet alleen voor de voeding, maar ook om een diepere band met hun kind op te bouwen (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; McGuire, 2019).

In LGBTQI+ gezinnen kan het gebrek aan erkenning en ondersteuning binnen de gezondheidszorg een extra uitdaging vormen. Niet-gestationele ouders worden vaak minder betrokken bij gesprekken over borstvoeding of krijgen niet altijd de begeleiding die nodig is om hun lactatiedoelen te bereiken. De vroedvrouw kan hierin een verschil maken door bewust gebruik te maken van genderinclusieve taal en door de niet-gestationele ouder actief te betrekken bij beslissingen rond lactatie-inductie (Darwin et al., 2023; Jackson et al., 2022). Zo handelt ze vanuit respect voor diversiteit, wat past binnen haar rol in het psychosociaal domein en haar ethische verantwoordelijkheid (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Hoewel de noden van transgender- en gender diverse ouders veel overlappen met deze van cisgender mensen, zijn er wel unieke zaken om rekening mee te houden, zoals de nood aan gepast en aangepast taalgebruik (Weimer, 2023). Studies tonen aan dat veel ouders die lactatie-inductie overwegen, het gevoel hebben minder ondersteuning te krijgen dan ouders die op natuurlijke wijze borstvoeding geven. Dit kan ervoor zorgen dat ze zich minder erkend voelen in hun rol als voedende ouder (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Ook zoeken veel ouders online informatie en ondersteuning omdat ze zich niet voldoende gesteund voelen door zorgverleners (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Jackson et al., 2022). Dit kan leiden tot verwarring of het gebruik van niet-wetenschappelijk onderbouwde methoden.

De vroedvrouw kan ouders helpen door betrouwbare bronnen aan te reiken in het kader van haar opdracht om evidence-based zorg te verlenen, en hen te begeleiden bij het maken van weloverwogen keuzes over hun lactatieproces (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016; Jackson et al., 2022). Lactatie-inductie wordt immers steeds vaker toegepast, vooral bij ouders die via adoptie, draagmoederschap of in een lesbische relatie een kind krijgen. Ondanks deze groeiende interesse ontbreekt het veel zorgverleners aan kennis over dit proces, wat kan leiden tot onzekerheid bij ouders over hun mogelijkheden en verwachtingen (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020). Verdere educatie voor zorgverleners rondom dit onderwerp kan voor transgender en genderdiverse mensen de drempel rond dit onderwerp verlagen (Weimer, 2023).

Daarnaast blijkt dat de steun van de directe omgeving – en in het bijzonder die van de partner – een belangrijke rol speelt in het succes van geïnduceerde lactatie. Als vroedvrouw kun je hieraan bijdragen door ook de partner actief bij het proces te betrekken en goed te informeren, zodat zij zich meer betrokken voelen en beter kunnen ondersteunen. (Rahim et al., 2021).

4.1.5 Belang van continuïteit en multidisciplinaire zorg

Een succesvol lactatie-inductietraject vereist consistente begeleiding. Ouders die vanaf de zwangerschap toegang hebben tot lactatiezorg en na de geboorte verder ondersteund worden door dezelfde zorgverleners, ervaren minder stress en hebben meer vertrouwen in hun lactatieproces (Jackson et al., 2022). Daarentegen kan tegenstrijdige informatie van verschillende zorgverleners verwarrend werken en het zelfvertrouwen van ouders ondermijnen (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; Jackson et al., 2022).

Door samen te werken met lactatiekundigen en andere professionals binnen een multidisciplinair team, kan de vroedvrouw bijdragen aan een goed gecoördineerd zorgtraject. Dat toont haar competentie als teamplayer en coördinator van zorg (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016; Jackson et al., 2022; Lawrence & Lawrence, 2022). Het zorgt ervoor dat ouders niet alleen de juiste informatie krijgen, maar ook op emotioneel en praktisch vlak ondersteund worden bij hun lactatiedoelen (Jackson et al., 2022; Lawrence & Lawrence, 2022). Eén van de belangrijkste succesfactoren bij lactatie-inductie is immers de mate van professionele ondersteuning die ouders ontvangen. Het betrekken van een lactatiekundige of een vroedvrouw met kennis van het proces kan een groot verschil maken in de ervaring en het uiteindelijke resultaat (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

Binnen het proces van lactatie-inductie moet je als vroedvrouw met verschillende professionals samenwerken. Doordat je het slagen van een borstvoeding steeds holistisch probeert te bekijken, zijn er automatisch meerdere partijen bij betrokken. Vaak wordt er bijvoorbeeld bij lactatie-inductie domperidon opgestart. Aangezien een vroedvrouw niet bevoegd is om dit zelf voor te schrijven, moet ze hiervoor samenwerken met een gynaecoloog. Die kan deze medicatie namelijk wel voorschrijven en opvolgen (Tauritz Bakker et al., 2021). Omwille van de risico's die domperidon op het hart kan hebben, kan het een meerwaarde zijn om, naast een gynaecoloog voor het voorschrift, ook een cardioloog te raadplegen voor een ECG en een cardiologisch consult.

Dat gebeurt best zowel voor dat de medicatie opgestart wordt, als na twee weken gebruik (Gorgati et al., 2024; Tauritz Bakker et al., 2021; van Amesfoort et al., 2024). Het is dan ook belangrijk om de mensen steeds te informeren omtrent deze risico's (Weimer, 2023).

Aangezien er naast domperidon en andere geneesmiddelen of hormonen ook kruiden gehanteerd kunnen worden om lactatie op te wekken en je daar als vroedvrouw vaak niet in thuis bent, kan je een gekwalificeerde kruidgeneeskundige contacteren om hier meer informatie en ondersteuning in te krijgen. Zij kunnen hierin een protocol opstellen, rekening houdend met de andere medicatie die genomen wordt (Gorgati et al., 2024). Naast medicatie en kruiden kan er soms ook een aanpassing van het voedingspatroon van de inducerende ouder nodig zijn, waarvoor er doorverwezen kan worden naar een diëtist (Al-Mohsen & Frookh Jamal, 2021).

4.1.6 De impact van lactatie-inductie op de ouder-kindrelatie

Voor veel ouders is het geven van borstvoeding niet enkel een manier om hun kind te voeden, maar ook een kans om een hechte band te ontwikkelen. De vroedvrouw speelt hierin een belangrijke rol door ouders te helpen begrijpen dat lactatie-inductie niet alleen draait om melkproductie, maar ook om de ervaring van nabijheid en verbondenheid met hun baby (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; McGuire, 2019). In dit proces legt ze de nadruk op haar rol als psychosociale begeleider en coach, om zo de ouder(s) optimaal te ondersteunen (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

Hoewel sommige ouders zich richten op volledige borstvoeding, is exclusieve melkproductie niet altijd het hoofddoel. Het huid-op-huidcontact en de intimiteit van borstvoeding worden vaak als even waardevol ervaren. Door ouders te ondersteunen en hen aan te moedigen om hun eigen verwachtingen en doelen te bepalen, kan de vroedvrouw ervoor zorgen dat lactatie-inductie een positieve en bevredigende ervaring wordt, ongeacht de hoeveelheid melk die wordt geproduceerd (Cazorla-Ortiz, Galbany-Estragués, et al., 2020; McGuire, 2019). Voor veel ouders die lactatie-inductie toepassen, staat de ervaring van verbondenheid met hun kind centraal. Onderzoek toont aan dat zelfs wanneer de melkproductie beperkt blijft, het huid-op-huidcontact en het proces van voeden bijdragen aan een sterke emotionele band tussen ouder en kind (Cazorla-Ortiz, Obregón-Guitérrez, et al., 2020).

4.2 Aanzet tot concept: 'Voeden zonder Grenzen'

In deze bachelorproef wordt lactatie-inductie onderzocht, een belangrijke optie voor ouders die borstvoeding willen geven zonder een zwangerschap te hebben doorgemaakt. Hieruit blijkt dat lactatie-inductie nog weinig bekend is, zowel bij ouders als bij zorgverleners. Veel mensen die deze optie overwegen, moeten zelf op zoek naar informatie, vaak via het internet, waar niet altijd betrouwbare of correcte informatie te vinden is. Ook blijkt dat zorgverleners vaak weinig kennis hebben van lactatie-inductie, wat het voor ouders moeilijk maakt om deze optie te bespreken met hun zorgverleners. Dit vormt een belemmering voor ouders die deze mogelijkheid zouden willen overwegen, maar niet weten waar ze betrouwbare informatie kunnen vinden of hoe ze ermee aan de slag kunnen gaan. Vanuit deze vaststellingen is volgend concept tot stand gekomen om zowel ouders als zorgverleners meer te informeren en lactatie-inductie als optie meer bespreekbaar te maken.

Het concept, 'Voeden zonder Grenzen', richt zich op drie belangrijke pijlers die elkaar versterken: een informatief luik, een ondersteunend forum en een educatief platform voor zorgverleners.

Het doel van dit concept is om de bekendheid rond lactatie-inductie te vergroten, ouders te ondersteunen bij het proces en zorgverleners beter voor te bereiden om lactatie-inductie actief aan te bieden en te begeleiden.

4.2.1 'Opstartkit Voeden'

De eerste pijler van dit concept is een 'Opstartkit Voeden', die wordt aangeboden aan ouders via fertiliteitscentra, adoptiediensten en klinieken die werken met draagmoederschap. Deze kit bevat duidelijke, toegankelijke informatie over lactatie-inductie, zodat ouders zich vroegtijdig kunnen informeren over deze optie. De 'Opstartkit Voeden' bevat onder andere een stappenplan, toelichting bij frequent gestelde vragen, praktische tips en een getuigenis van een ouder die een traject tot lactatie-inductie heeft doorlopen. Tevens wordt er een QR-code toegevoegd die leidt naar het online platform 'Voeden zonder Grenzen', waar ouders verdere informatie kunnen vinden en zich kunnen verdiepen in het proces van lactatie-inductie. De 'Opstartkit Voeden' heeft als doel om lactatie-inductie zichtbaar en bespreekbaar te maken, en ouders een concrete stap te bieden in hun zoektocht naar antwoorden.

4.2.2 'Voedende Ouders': Online Forum voor Ervaringen

De tweede pijler van het concept is het online forum 'Voedende Ouders', dat fungeert als een veilige, ondersteunende ruimte waar ouders hun ervaringen met lactatie-inductie kunnen delen. Dit forum biedt ouders de mogelijkheid om vragen te stellen, informatie te verkrijgen en steun te vinden bij mensen die hetzelfde proces doormaken. Omdat het forum gemodereerd wordt door zorgverleners zoals vroedvrouwen en lactatiekundigen, wordt gegarandeerd dat de informatie die wordt gedeeld juist en betrouwbaar is. Dit draagt bij aan een omgeving waar ouders zich gehoord voelen en waar ze met vertrouwen ervaringen kunnen uitwisselen. Het forum biedt niet alleen praktische tips en advies, maar helpt ook bij het doorbreken van taboes en het normaliseren van lactatie-inductie als een valide optie voor ouders. De kracht van dit forum ligt in de gemeenschappelijke ervaring, wat kan bijdragen aan het versterken van het gevoel van gemeenschap en steun voor ouders die lactatie-inductie overwegen of doorlopen.

4.2.3 'Zorgwijzer Lactatie': Educatief Platform voor Zorgverleners

De derde pijler van het concept richt zich op zorgverleners. Het platform 'Zorgwijzer Lactatie' biedt zorgprofessionals (zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, lactatiekundigen en andere zorgverleners) uitgebreide, evidence-based informatie over lactatie-inductie. Het doel is om hen te ondersteunen bij het actief aanbieden en begeleiden van lactatie-inductie als optie voor ouders. Zorgverleners krijgen via 'Zorgwijzer Lactatie' toegang tot verschillende educatieve modules en praktische tools, zodat zij beter voorbereid zijn om lactatie-inductie te bespreken en ouders door het proces te begeleiden.

Het platform biedt eerst een wetenschappelijke achtergrond over lactatie-inductie, waarbij zorgverleners meer te weten komen over de rol van hormonen zoals prolactine en oxytocine in het opstarten van melkproductie zonder zwangerschap. Daarnaast wordt er ingegaan op de medische aspecten van lactatie-inductie, zoals de verschillende methoden, mogelijke indicaties voor het gebruik van medicijnen zoals domperidon en metoclopramide en de nevenwerkingen ervan. Dit biedt zorgverleners een solide basis om lactatie-inductie niet alleen als een optie te erkennen, maar ook als een medisch verantwoorde en haalbare route voor ouders.

Het platform bevat daarnaast een praktisch stappenplan, waarin zorgverleners stap voor stap leren hoe ze lactatie-inductie kunnen begeleiden. Dit plan behandelt onder andere de hormonale therapieën die nodig kunnen zijn om melkproductie op gang te brengen, evenals kolfschema's en de juiste begeleiding van ouders tijdens het proces.

Het stappenplan biedt ook tools om bijwerkingen van medicijnen te monitoren en aan te pakken. Verder bevat het platform informatiebrochures voor ouders, die zorgverleners kunnen gebruiken om ouders te voorzien van begrijpelijke en duidelijke uitleg over het proces van lactatie-inductie.

Daarnaast biedt 'Zorgwijzer Lactatie' case studies en praktijkvoorbeelden van ouders die een traject tot lactatie-inductie hebben doorlopen, zodat zorgverleners zich kunnen inleven in verschillende scenario's en leren hoe zij ouders effectief kunnen ondersteunen. Deze voorbeelden helpen zorgverleners om de realiteit van lactatie-inductie beter te begrijpen en hen te voorzien van praktische inzichten voor de begeleiding van ouders. Naast het praktisch begeleiden van ouders helpt dit ook bij de psychosociale begeleiding, die bij lactatie-inductie heel belangrijk is.

Een andere belangrijke functie van het platform is de mogelijkheid voor zorgverleners om via interactieve webinars en online trainingen hun kennis te blijven bijschaven. Hierbij kunnen ze ook in contact komen met experts en collega-zorgverleners om kennis en ervaringen uit te wisselen. Dit helpt om lactatie-inductie niet alleen als een geïsoleerd proces te bekijken, maar als onderdeel van een breder zorgtraject waarbij zorgverleners actief betrokken blijven bij het proces van ouders.

Al deze elementen van 'Zorgwijzer Lactatie' worden ondersteund door de laatste wetenschappelijke literatuur en praktische richtlijnen. Het platform is gebaseerd op bewezen effectieve zorgpraktijken en biedt zorgverleners een duidelijke en goed onderbouwde routekaart om lactatie-inductie succesvol te begeleiden.

4.2.4 Integratie van de drie pijlers op het platform 'Voeden zonder Grenzen'

Alle drie de pijlers komen samen op één digitaal platform: 'Voeden zonder Grenzen'. Dit platform biedt een geïntegreerde ervaring voor zowel ouders als zorgverleners. Ouders kunnen via het platform toegang krijgen tot het forum 'Voedende Ouders' en de 'Opstartkit Voeden', en zich verder verdiepen in de mogelijkheden van lactatie-inductie. Zorgverleners hebben toegang tot 'Zorgwijzer Lactatie', het educatieve luik waar ze hun kennis kunnen vergroten en hun praktijk kunnen verrijken met actuele, wetenschappelijke informatie.

Door deze drie pijlers met elkaar te verbinden, wordt er een ondersteunende gemeenschap gecreëerd waarin zowel ouders als zorgverleners actief betrokken worden bij het proces van lactatie-inductie. Het platform 'Voeden zonder Grenzen' fungeert als een centraal punt waar ouders, zorgverleners en andere betrokkenen elkaar kunnen vinden en waar betrouwbare, toegankelijke informatie centraal staat. Het doel is om lactatie-inductie meer bespreekbaar te maken, de kennis en begeleiding te verbeteren en de drempel te verlagen voor ouders die deze optie willen overwegen.

Met dit concept wordt er een structurele bijdrage geleverd aan de verbetering van de zorg rondom lactatie-inductie. Door middel van deze drie pijlers wordt niet enkel de bekendheid vergroot, maar ook een veilige, betrouwbare omgeving gecreëerd voor ouders en zorgverleners, waarin zij zich ondersteund voelen in hun keuze voor lactatie-inductie. Uiteindelijk wordt er met 'Voeden zonder Grenzen' een platform geboden dat het proces van lactatie-inductie toegankelijk maakt voor iedereen die het nodig heeft, en tegelijkertijd zorgt voor een hoger niveau van kennis en ondersteuning in de zorg.

4.2.5 Haalbaarheid en Uitvoerbaarheid

Het concept 'Voeden zonder Grenzen' is goed haalbaar en uitvoerbaar, zowel op korte als lange termijn. De implementatie van de 'Opstartkit Voeden', het online forum 'Voedende Ouders', en het educatieve platform 'Zorgwijzer Lactatie' kan gefaseerd worden uitgerold, beginnend met een pilootfase in enkele fertiliteitscentra, adoptiediensten en kraamzorginstellingen. Deze instellingen beschikken al over het benodigde netwerk van zorgverleners en hebben vaak een proactieve houding ten opzichte van innovatie en zorgverbetering.

De ontwikkelingskosten van het platform kunnen worden gedekt door samenwerkingen met bestaande gezondheidsorganisaties, overheidsfinanciering of particuliere sponsoring, aangezien inclusiviteit steeds belangrijker wordt in zorgverlening. De opzet van 'Zorgwijzer Lactatie' kan bijvoorbeeld samenwerken met bestaande opleidingsinstanties voor zorgprofessionals en kan worden geïntegreerd in hun huidige curriculum of als aanvullend online programma worden aangeboden.

Daarnaast is de lancering van het online forum 'Voedende Ouders' relatief eenvoudig te realiseren, met de juiste moderatie en samenwerking van ervaren zorgverleners zoals vroedvrouwen en lactatiekundigen. Het gebruik van bestaande platformen en software maakt het mogelijk om het forum op een gebruiksvriendelijke manier te ontwikkelen, met minimale technische kosten.

Tot slot zorgt de gestructureerde en interactieve aard van 'Voeden zonder Grenzen' ervoor dat het platform op lange termijn kan blijven groeien, met de mogelijkheid om doorlopend nieuwe inhoud en modules toe te voegen, gebaseerd op feedback van gebruikers. Hierdoor blijft het platform relevant en up-to-date, wat de duurzaamheid ervan waarborgt.

DISCUSSIE

Tijdens het schrijven van deze bachelorproef werd duidelijk dat lactatie-inductie een boeiend en relevant onderwerp is, maar dat er op wetenschappelijk vlak nog verschillende gebreken bestaan. Een eerste opvallend knelpunt, zoals vernoemd in de artikels van Anuszkiewicz et al. (2022), Cazorla-Ortiz et al. (2020) en Che Abdul Rahim et al. (2024) is het ontbreken van cijfergegevens. In tegenstelling tot borstvoeding, waarover nationale en internationale statistieken beschikbaar zijn, ontbreken vergelijkbare cijfers over het voorkomen van lactatie-inductie. Dit maakt het onmogelijk om de omvang of evolutie van deze praktijk in kaart te brengen of deze te vergelijken met de borstvoedingsgraad. Dit gegeven onderstreept het belang van verder onderzoek naar dit thema en het structureel verzamelen van gegevens over lactatie-inductie.

Daarnaast valt op dat de bestaande literatuur overwegend gebaseerd is op kleinschalige of casusgebonden studies. Grootschalige en vergelijkende onderzoeken ontbreken, wat het moeilijk maakt om stevige conclusies te trekken of duidelijke richtlijnen te formuleren. Dit geldt ook voor de begeleiding bij lactatie-inductie, waar verrassend weinig concrete informatie over bestaat. De rol van de vroedvrouw wordt in de literatuur slechts sporadisch benoemd, terwijl net zij in België een sleutelfiguur is in de pre- en postnatale zorg. Deze tekortkoming benadrukt het belang van dit eindwerk: het biedt een aanzet om de rol van de vroedvrouw in kaart te brengen, zowel op lichamelijk als psychosociaal vlak, en het belang van multidisciplinaire samenwerking te onderstrepen. Samenwerking met artsen, lactatiekundigen en cardiologen kan bijdragen tot betere ondersteuning van ouders die lactatie willen induceren.

Een belangrijk inhoudelijk onderscheid dat binnen dit werkstuk werd gemaakt, is dat tussen borstvoeding en lactatie. Hoewel deze termen vaak door elkaar gebruikt worden, verwijst 'borstvoeding' eerder naar het resultaat (voeden aan de borst), terwijl 'lactatie' verwijst naar het fysiologische proces van melkproductie. Lactatie-inductie is dan het kunstmatig op gang brengen van dit proces bij iemand die geen recente zwangerschap heeft doorgemaakt. Het is van belang om dit onderscheid te maken om verwarring te vermijden en het onderwerp correct te kaderen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt bovendien dat de termen 'lactatie-inductie' en 'relactatie' niet consequent gebruikt worden in de wetenschappelijke bronnen. Deze terminologische onduidelijkheid bemoeilijkt de interpretatie en vergelijking van onderzoeksresultaten, en benadrukt de nood aan een meer uniforme terminologie binnen dit onderzoeksdomein.

Opvallend is ook dat in de meeste artikels traditionele termen zoals 'vrouw' en 'moeder' worden gebruikt bij het beschrijven van lactatie. Hoewel dit historisch logisch is, is het belangrijk te erkennen dat lactatie en relactatie niet uitsluitend beperkt zijn tot cisgender vrouwen. Transpersonen en non-binaire personen kunnen eveneens melk produceren met de juiste stimulatie en begeleiding. Het gebruik van inclusieve taal draagt bij aan een veilige en toegankelijke zorg voor iedereen, en is een belangrijke aanbeveling naar de praktijk toe. Dit is dan ook de reden waarom ervoor gekozen is om de termen 'vrouw' en 'moeder' zo weinig mogelijk te hanteren in deze bachelorproef.

Een cruciale factor in het slagen van lactatie-inductie is de motivatie van de (co)ouder. Dit proces vraagt immers een aanzienlijke investering op vlak van tijd, energie en volharding.

Ouders starten hier vaak mee vanuit een sterke wens om de hechting met hun kind te versterken of om gelijkwaardige betrokkenheid in het ouderschap te ervaren. Juist daarom is het essentieel dat zij voldoende en correcte ondersteuning krijgen vanuit zorgprofessionals. Vroedvrouwen kunnen hierbij een ondersteunende en motiverende rol opnemen, mits zij zelf goed geïnformeerd zijn en toegang hebben tot duidelijke richtlijnen. Het is dus belangrijk dat vroedvrouwen goed geïnformeerd zijn over lactatie-inductie om zo niet enkel de inducerende ouder, maar ook de meeouder of omgeving te ondersteunen.

Wat farmacologische ondersteuning betreft, valt op dat domperidon, een medicijn dat melkproductie kan stimuleren, niet is goedgekeurd door de FDA in de Verenigde Staten vanwege het risico op een verlengd QT-interval. In Belgische bronnen werd hierover niets teruggevonden. Dit roept vragen op over de regulatie en veiligheid van dit medicijn in onze context en wijst op de nood aan lokale richtlijnen rond het gebruik van medicamenteuze ondersteuning bij lactatie-inductie. Artsen moeten zich vandaag de dag wellicht baseren op internationale literatuur of casuïstiek, en beslissen afhankelijk van de individuele situatie. Dit maakt ook het opstellen van een afgestemd behandelplan in overleg met de arts des te belangrijker.

Daarnaast blijkt het moeilijk om de gebruikte methoden voor lactatie-inductie duidelijk te beschrijven, aangezien in de literatuur verschillende doseringen en stappenplannen worden aangehaald, afhankelijk van casuïstiek. Dit bevestigt dat de aanpak sterk afhankelijk is van de context van de patiënt, zoals leeftijd, medische voorgeschiedenis, eerdere zwangerschappen en genderidentiteit. Hierdoor is nauwe samenwerking met een arts noodzakelijk, zeker wanneer farmacologische ondersteuning overwogen wordt.

Een opvallende lacune in de literatuur is ook het gebrek aan concrete cijfers over de effectiviteit van de verschillende methoden. Hoewel vaak gesproken wordt over succesverhalen, worden geen specifieke slaagkansen of vergelijkende gegevens tussen methoden vermeld. Dit maakt het voor zorgverleners en ouders moeilijk om gefundeerde keuzes te maken en verwachtingen realistisch te houden. Toekomstig onderzoek zou zich dus niet enkel moeten richten op het ontwikkelen van richtlijnen, maar ook op het systematisch documenteren van uitkomsten.

Ook bij de beschreven protocollen valt op dat het meest – en enig - genoemde protocol – dat van Newman en Goldfarb – dateert van 2002 en tot ongeveer 2016 actief gebruikt werd. Hoewel dit protocol nog vaak geciteerd wordt, is het de vraag in welke mate het nog als leidraad dient in de hedendaagse praktijk. De afwezigheid van een recent en breed gedragen standaardprotocol toont de nood aan actuele, wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Een aanbeveling voor de toekomst is dan ook het ontwikkelen van vernieuwde, evidence-based protocollen die rekening houden met diverse gezinssituaties en individuele noden.

Verder is het opvallend dat de duur van de borstvoeding na lactatie-inductie sterk verschilt tussen landen. In landen met een hoog of middeninkomen varieert dit van één maand tot vier jaar, terwijl deze periode in ontwikkelingslanden vaak beperkt is tot vier tot twaalf maanden. Dit verschil kan te wijten zijn aan culturele gewoonten, gezondheidszorgsystemen, of aan de beschikbaarheid van alternatieve voedingen zoals kunstvoeding. Deze contextuele factoren dienen in acht genomen te worden bij het adviseren van ouders.

Wat de voedingswaarde van de geïnduceerde moedermelk betreft, is er sprake van tegenstrijdige bevindingen in de literatuur met betrekking tot de concentratie lactose.

Zo rapporteert Lawrence et al. (2022) dat de lactoseconcentratie hoger is in reguliere moedermelk dan in geïnduceerde melk, terwijl Weimer (2023) juist aangeeft dat de lactoseconcentratie in geïnduceerde melk hoger ligt. Deze tegenstrijdigheid wijst op een gebrek aan eenduidigheid binnen het huidige onderzoek en benadrukt de noodzaak aan verdere studie op dit vlak.

Een bijkomende bedenking betreft de technische en praktische kant van het voeden na inductie. Zo rijst de vraag of men niet beter start met tepelstimulatie of het gebruik van een hulpsysteem alvorens tot bijvoeding over te gaan. Welke voedmethoden – zoals cupfeeding, lepeltjes, of aangepaste spenen – zijn het meest bevorderlijk voor een goede overgang naar borstvoeding? Deze praktische vragen blijven grotendeels onbeantwoord in de literatuur, wat opnieuw pleit voor het ontwikkelen van duidelijke en toegankelijke richtlijnen.

Tot slot is het belangrijk stil te staan bij het psychologische aspect van lactatie-inductie. Ouders die dit proces doorlopen, ervaren vaak stress, onzekerheid en druk om te 'slagen'. Het is niet ondenkbaar dat deze stress ook doorwerkt op het kind, bijvoorbeeld via een minder ontspannen voedsituatie. Dit benadrukt het belang van psychologische ondersteuning binnen het begeleidingstraject en vraagt om een vroedvrouw die niet enkel technisch onderlegd is, maar ook sensitief inspeelt op de emotionele noden van het gezin.

CONCLUSIE

Lactatie-inductie is een bijzondere vorm van zorg die in essentie draait om verbinding, inclusie en autonomie. Het stelt ouders die niet zwanger zijn geweest – zoals adoptieouders, partners in lesbische en transgezinnen of ouders via draagmoederschap – in staat om actief deel te nemen aan de voedende zorg voor hun kind. Het proces is niet enkel gericht op melkproductie, maar heeft een diepere impact op de ouder-kindrelatie, het zelfvertrouwen van de ouder en het gevoel van erkenning binnen het ouderschap. Toch blijft lactatie-inductie in het Belgische zorglandschap onderbelicht, en worden ouders die dit pad willen bewandelen vaak geconfronteerd met onbegrip, onvoldoende ondersteuning of een gebrek aan informatie.

Deze bachelorproef toont aan dat vroedvrouwen een unieke en onmisbare rol kunnen spelen in het begeleiden van ouders tijdens lactatie-inductie. Hun nabijheid, toegankelijkheid en brede expertise maken hen tot de ideale zorgverleners om ouders van bij de voorbereiding tot de uitvoering en nazorg te ondersteunen. Hun taken zijn veelzijdig: informeren over mogelijkheden, het opstarten van het proces begeleiden, praktische hulpmiddelen aanreiken, maar ook psychosociale steun bieden in een vaak kwetsbare en emotioneel geladen periode.

De analyse van literatuur en praktijkervaringen wijst op een duidelijke nood aan sensibilisering, bijscholing en structurele inbedding van lactatie-inductie binnen de vroedkundige zorg. Het gebrek aan uniforme richtlijnen en het beperkte aanbod aan gespecialiseerde begeleiding zorgen ervoor dat de toegang tot lactatie-inductie sterk afhankelijk blijft van de individuele kennis en attitude van de zorgverlener. Dit leidt tot ongelijkheid in zorg en belemmert de inclusiviteit binnen het werkveld.

De eindboodschap voor het vroedkundig werkveld is dan ook helder: als we willen inzetten op zorg die inclusief, persoonsgericht en respectvol is, dan moet ook lactatie-inductie hierin een plaats krijgen. Vroedvrouwen hebben de kennis, vaardigheden en nabijheid om ouders te begeleiden in dit proces, maar moeten daarvoor ook de juiste ondersteuning, opleiding en middelen krijgen. Alleen zo kan lactatie-inductie uitgroeien tot een volwaardig en erkend onderdeel van de perinatale zorg. Het is een uitnodiging aan elke vroedvrouw om met een open blik, wetenschappelijke onderbouw en empathische houding ruimte te maken voor elk verhaal en elke vorm van ouderschap.

REFERENTIELIJST

- Al-Mohsen, Z. A., & Frookh Jamal, H. (2021). Induction of Lactation After Adoption in a Muslim Mother With History of Breast Cancer: A Case Study. *Journal of human lactation*, 37(1), 194-199. <https://doi.org/10.1177/0890334420976333>
- Anuszkiewicz, N. R., Szyber, B., & Baranowska, B. (2022). Characteristics of breastfeeding by adoptive mothers: Description of the phenomenon in Poland and worldwide. *Adoption & fostering*, 46(4), 397-412. <https://doi.org/10.1177/03085759221138577>
- Australian Breastfeeding Association. (2022, april 2022). *Expressing to relactate or induce lactation*. Australian Breastfeeding Association. Retrieved 22 mei 2025 from <https://www.breastfeeding.asn.au/resources/expressing-relactate-or-induce-lactation>
- Bautista-Hernández, M. A., Argueta-Figueroa, L., Gómez-Jiménez, D. C., & Torres-Rosas, R. (2024). Evidence of the acupuncture points stimulation for the treatment of hypogalactia: A systematic review and meta-analysis. *Enferm Clin (Engl Ed)*, 34(1), 61-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2024.01.002>
- Cambridge University Press. (z.d.-a). Breastfeed. In *Cambridge Dictionary*. Retrieved 18 april 2025, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/breastfeed>
- Cambridge University Press. (z.d.-b). Lactation. In *Cambridge Dictionary*. Retrieved 18 april 2025, from <https://dictionary.cambridge.org/nl/woordenboek/engels/lactation>
- Cazorla-Ortiz, G., Galbany-Estragués, P., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2020). Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. *Journal of human lactation*, 36(3), 528-536. <https://doi.org/10.1177/0890334419852939>
- Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Rozas-Garcia, M. R., & Goberna-Tricas, J. (2020). Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 739-749. <https://doi.org/10.1177/0890334420950321>
- Che Abdul Rahim, N., Sulaiman, Z., & Ismail, T. A. T. (2024). Challenges experienced by induced lactation women in Malaysia: An exploratory qualitative study. *PloS one*, 19(1), e0291758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291758>
- Che Abdul Rahim, N., Sulaiman, Z., & Tengku Ismail, T. A. (2022). Factors Influencing Muslim Women's Decisions about Induced Lactation: A Qualitative Study. *Social sciences (Basel)*, 11(7), 279. <https://doi.org/10.3390/socsci11070279>
- Cleveland Clinic. (2021, 16 december 2021). *Lactation*. Cleveland Clinic. Retrieved 12 mei 2025 from <https://my.clevelandclinic.org/health/body/22201-lactation>
- Darwin, Z., Greenfield, M., Borg Xuereb, R., & Jomeen, J. (2023). Diversity of Family Formation: LGBTQ+ Parents. In (pp. 163-179). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17285-4_13
- Drugs.com. (2024a, 13 augustus 2024). *Blessed Thistle*. Drugs.com. Retrieved 22 mei 2025 from <https://www.drugs.com/npp/blessed-thistle.html>
- Drugs.com. (2024b, 13 augustus 2024). *Fenugreek*. Drugs.com. Retrieved 22 mei 2025 from <https://www.drugs.com/npp/fenugreek.html>
- Fang, Y. W., Chen, S. F., Wang, M. L., & Wang, M. H. (2024). Effects of traditional Chinese medicine-assisted intervention on improving postpartum lactation: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 10(6), e27154. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27154>
- Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2016). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. F. Volksgezondheid. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_biilage_beroepsprofiel.pdf
- Ferguson, S. (2021, 13 januari 2021). *What Does It Mean to Be Transmasculine?* healthline. Retrieved 12 mei 2025 from <https://www.healthline.com/health/transmasculine>
- Glover, K., Casey, J. J., & Gilbert, M. (2023). Case Report: Induced Lactation in an Adoptive Parent. *American family physician*, 107(2), 119-120.

- Goktas, M. (2022, 5 september 2022). *Acathisie*. Bewegingsstoornissen in de psychiatrie. Retrieved 12 mei 2025 from https://bewegingsstoornissenindepsychiatrie.nl/acathisie/?doing_wp_cron=1747043882.4992470741271972656250
- Goldfarb, L. (z.d.-a). *Accelerated Protocol*. AskLenore.info. Retrieved 20 mei 2025 from <https://www.asklenore.info/breastfeeding/induced-lactation/introduction-to-the-newman-goldfarb-protocols/accelerated-protocol>
- Goldfarb, L. (z.d.-b). *Menopause Protocol*. AskLenore.info. Retrieved 20 mei 2025 from <https://www.asklenore.info/breastfeeding/induced-lactation/introduction-to-the-newman-goldfarb-protocols/menopause-protocol>
- Goldfarb, L. (z.d.-c). *Regular Protocol*. AskLenore.info. Retrieved 20 mei 2025 from <https://www.asklenore.info/breastfeeding/induced-lactation/introduction-to-the-newman-goldfarb-protocols/regular-protocol>
- Goldfarb, L. (z.d.-d). *Which Protocol to Use*. AskLenore.info. Retrieved 20 mei 2025 from <https://www.asklenore.info/breastfeeding/induced-lactation/introduction-to-the-newman-goldfarb-protocols/which-protocol-to-use>
- Goldfarb, L., & Newman, J. (2022). *The Protocols for Induces Lactation A Guide for Maximizing Breastmilk Production*. [https://www.eatsonfeetsresources.org/wp-content/uploads/2022/07/Newman Goldfarb Protocols for Induced Lactation.pdf](https://www.eatsonfeetsresources.org/wp-content/uploads/2022/07/Newman-Goldfarb-Protocols-for-Induced-Lactation.pdf)
- Gorgati, C., RMH, C. G., Rivella, L., & Fuggetti, F. (2024). Non-puerperal Induced Lactation: A Multidisciplinary Teamwork Case Study.
- Heman, S. (2024). *Wat is genderfluïde?* Vrouw uit de Kast. Retrieved 12 mei 2025 from <https://vrouwuitdekast.nl/kennisbank/genderfluide/>
- Ikebukuro, S., Tanaka, M., Kaneko, M., Date, M., Tanaka, S., Wakabayashi, H.,...Mizuno, K. (2024). Induced lactation in a transgender woman: case report. *Int Breastfeed J*, 19(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00675-4>
- Jackson, J. R., Moreno, L., Carmen, M., & Dadiz, R. (2022). What are LGBTQI+ parental experiences of healthcare support and decision-making regarding infant feeding options? A grounded theory study. *Journal of perinatology*, 42(8), 1083-1090. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01259-4>
- Juntereal, N. A., & Spatz, D. L. (2020). Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 47(1), 21-28. <https://doi.org/10.1111/birt.12470>
- Kenniscentrum Borstvoeding. (2022, 31 maart 2022). *Geïnduceerde lactatie of relactie*. Kenniscentrum Borstvoeding. Retrieved 18 april 2025 from <https://borstvoeding.com/aanverwant/relactatie/protocol-opwekken-moedermek/>
- La Leche League Vlaanderen. (2019, 28 mei 2019). La Leche League Vlaanderen vzw. Retrieved 18 april 2025 from <https://lalecheleague.be/de-ontwikkeling-van-de-borsten/>
- Larousse. (z.d.). *Définitions : lactation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Retrieved 18 april 2025 from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/lactation/45862>
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2022). Induced Lactation and Relactation (Including Nursing an Adopted Baby) and Cross-Nursing. In (Ninth Edition ed., pp. 628-645). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68013-4.00019-5>
- McGuire, E. (2019). Induced lactation and mothers sharing breastfeeding: A case report. *Breastfeeding review*, 27(2), 37-41.
- Mekkes, J. R. (2023, 31 mei 2023). *QTC INTERVAL*. Huidziekten. Retrieved 12 mei 2025 from <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/!txt/LeishmaniaPentostamQTinterval.htm#:~:text=ICD10%3A%20n.v.t.,geneesmiddelen%20kunnen%20QT%20overlenging%20overoorzaken.>
- MijnPathologyReport. (2023). *Myoepitheliale cellen*. Retrieved 12 mei 2025 from <https://www.mypathologyreport.ca/nl/pathology-dictionary/myoepithelial-cells/>
- National Cancer Institute. (z.d.-a). Breastfeeding. In *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Retrieved 18 april 2025, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/breastfeeding>

- National Cancer Institute. (z.d.-b). *Lactation*. National Cancer Institute,. Retrieved 18 april 2025 from <https://www.cancer.gov/search/results?swKeyword=lactation>
- New York State Department of Health. (2021, februari 2021). *Gestational Surrogacy Fact Sheet*. New York State Department of Health. Retrieved 21 mei 2025 from [https://health.ny.gov/community/pregnancy/surrogacy/gestational_surrogacy_fact_sheet.htm#:~:text=The%20person%20who%20carries%20the,intended%20parent\(s\).%22](https://health.ny.gov/community/pregnancy/surrogacy/gestational_surrogacy_fact_sheet.htm#:~:text=The%20person%20who%20carries%20the,intended%20parent(s).%22)
- Pearson-Glaze, P. (2021, 22 juni 2021). *No Breast Milk After Delivery*. Breastfeeding Support. Retrieved 17 mei 2025 from <https://breastfeeding.support/no-breast-milk-after-delivery/>
- Pearson-Glaze, P. (2025, 27 maart 2025). *What is a Galactagogue?* breastfeeding.support. Retrieved 12 mei 2025 from <https://breastfeeding.support/what-is-a-galactagogue/>
- Poppy Seed Health. (2021). *Guide: How to Receive Support as a Non-Gestational Parent*. Poppy seed health. Retrieved 17/05/2025 from <https://www.poppyseedhealth.com/blog/guide-how-to-receive-support-as-a-non-gestational-parent#:~:text=A%20non%2Dgestational%20parent%20is,genetic%20material%20to%20the%20conception.>
- Rahim, N. C. A., Sulaiman, Z., & Ismail, T. A. T. (2021). EXPERIENCE OF SUPPORT PERSONS TOWARDS INDUCED LACTATION PRACTICE IN MALAYSIA: A DESCRIPTIVE QUALITATIVE STUDY. *Prof Khor Geok Lin, PhD and Helda Khusun, PhD*, 52, 48.
- ReminCare. (z.d.). *Lactatiekunde*. ReminCare. Retrieved 18 april 2025 from <https://remincare.be/disciplines/lactatiekunde>
- Schnell, A. (2022). Successful Co-Lactation by a Queer Couple: A Case Study. *Journal of human lactation*, 38(4), 644-650. <https://doi.org/10.1177/08903344221108733>
- Tauritz Bakker, L. A., van Dijk, L., & van den Bemt, P. (2021). Exploring the Prescribing Process of Domperidone for Low Milk Supply: A Qualitative Study Among Mothers, IBCLCs, and Family Doctors. *J Hum Lact*, 37(4), 748-760. <https://doi.org/10.1177/0890334420964070>
- TLN. (2024, 27 juni 2024). *Borstkolven van ziekenhuiskwaliteit: voor- en nadelen*. The Lactation Network. Retrieved 21 mei 2025 from https://lactationnetwork.com.translate.goog/blog/hospital-grade-breast-pumps-benefits-drawbacks/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=nl&x_tr_hl=nl&x_tr_pto=rq#:~:text=Hospital%2Dgrade%20breast%20pumps%20are,fluids%20from%20entering%20the%20motor.
- Trans Care BC. (2024). *Co-Feeding*. P. H. S. Authority. <https://www.transcarebc.ca/sites/default/files/2024-03/co-feeding.pdf>
- van Amesfoort, J. E., Van Mello, N. M., & van Genugten, R. (2024). Lactation induction in a transgender woman: case report and recommendations for clinical practice. *International Breastfeeding Journal*, 19(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00624-1>
- Van Dale Uitgevers. (z.d.). Borstvoeding. In *Van Dale Online Gratis Woordenboek Nederlands*. Retrieved 18 april 2025, from <https://www.vandale.nl/pages/gratis-woordenboek/borstvoeding>
- van der Veen, S. (2023, 4 september 2023). *De patiënt met een verlengde QT tijd*. HartKliniek. Retrieved 12 mei 2025 from <https://www.hartkliniek.com/nieuwsbrieven/de-pati%C3%ABnt-met-een-verlengde-qt-tijd>
- Van Os, J. (2024, 1 november 2024). *Wat is Acatisie?* PsychoseNet. Retrieved 12 May 2025 from <https://www.psychosenet.nl/medicatie/betrouwbare-informatie-medicijnen/wat-is-acathisie/>
- Vertalen.nu. (z.d.-a). *Betekenis van: lactation*. Vertalen.nu. Retrieved 18 april 2025 from <https://www.vertalen.nu/betekenis?woord=lactation&taal=en>
- Vertalen.nu. (z.d.-b). breast feeding. In *Vertalen.nu*. Retrieved 18 april 2025, from <https://www.vertalen.nu/betekenis/en/breast+feeding>
- Wamboldt, R., Shuster, S., & Sidhu, B. S. (2021). Lactation Induction in a Transgender Woman Wanting to Breastfeed: Case Report. *The journal of clinical endocrinology and metabolism*, 106(5), e2047-e2052. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa976>

- Weimer, A. K. (2023). Lactation Induction in a Transgender Woman: Macronutrient Analysis and Patient Perspectives. *Journal of human lactation*, 39(3), 488-494.
<https://doi.org/10.1177/08903344231170559>
- Wells, D. (2021, 14 mei 2021). *What is Bradykinesia?* healthline. Retrieved 12 mei 2025 from <https://www.healthline.com/health/parkinsons/bradykinesia>
- Wells, L. (2023). *The Art of Healing: Acupuncture Points for Fertility and Emotional Well-being*. audubon fertility. Retrieved 19 february from <https://www.audubonfertility.com/post/acupuncture-points-for-fertility>
- Willemstijn, Y. (2025, 26 maart 2025). *Lethargie*. Psyned. Retrieved 12 mei 2025 from <https://www.psyned.nl/lethargie/#:~:text=helpen%20met%20lethargie-,Wat%20is%20lethargie%3F,je%20communicatie%20en%20dagelijkse%20activiteiten.>
- World Health Organization. (z.d.). *Breastfeeding*. World Health Organization. Retrieved 18 april 2025 from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1